

## Solicitud para Asistencia

¿Alguien en su casa ha solicitado ayuda antes de alguno de estos fondos? **No** **Sí**

El Fondo del Bueno Samaritano y el Fondo del Cuidado del Cáncer **no son proveedores de asistencia en situaciones de emergencia.**

### Información sobre el Hogar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fec de Nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha(hoy): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre, Parentesco, y Fecha de Nacimiento de todos los individuos **que viven en su casa:**

Apellido	Nombre	Parentesco	Fec. de Nac.
----------	--------	------------	--------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### Información Médica:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnostico \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Instalación de Tratamiento: \_\_\_\_\_

Plan de Tratamiento Actual: \_\_\_\_\_

Seguro Privado? **No** **Sí** Máximo de Gastos por el Asegurado ya Pagado: \_\_\_\_\_

Medicare? **No** **Sí** Cobertura de Medicamentos? **No** **Sí**

Póliza Suplementaria? **No** **Sí**

Medicaid? **No** **Sí** Si sí, Fecha Aprobada: \_\_\_\_\_ Cantidad de Gasto Reducido \_\_\_\_\_

Si no, Razón para Negación: \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado usted ayuda con la incapacidad (pensión)? **No** **Sí** Si sí, ¿cuál es su estado actual ?

**Información Financiera:**

Por favor, enumera todas las fuentes de los ingresos netos del hogar (empleo; desempleo; manutención de los niños; seguridad social; incapacidad; estampillas, etc.) para **cada miembro del hogar**:

<b>Miembro del Hogar</b>	<b>Fuente de Ingreso</b>	<b>Cantidad Mensual</b>

¿Ha solicitado y/o recibido usted ayuda de cualquier otra organización?  
**No Sí** ¿De cuáles otras organizaciones ha solicitado ayuda?

\_\_\_\_\_

Escribe una Descripción del Estado de Necesidad (incluye factores médicos contribuyentes):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cantidad de Ayuda Financiera Solicitada: \_\_\_\_\_

Fecha en la que se Necesitan: \_\_\_\_\_

**Gastos Mensuales del Hogar:**

<b>Categoría</b>	<b>¿Pagado a Quién?</b>	<b>Cantidad Debida</b>	<b>Saldo Pendiente?</b>
Renta o Hipoteca (Marque uno)			No    Sí
Seguro de la casa y/o auto			No    Sí
La Calefacción			No    Sí
La Electricidad			No    Sí
Basura, Agua/Aguas Negras			No    Sí
Telefono/Television/ Internet			No    Sí
Pago Mensual del Auto			No    Sí
Pago Mensual del Auto			No    Sí
Comida/Gasolina			No    Sí
Gastos Medicos/Medicamentos			No    Sí
Otros Gastos			
	<b>Total</b>	_____	

¿Debe usted dinero para tarjetas de crédito?    **No**    **Sí**

Si sí, Cantidad Debida para Todas las Cuentas: \_\_\_\_\_  
Pagos Mensuales: \_\_\_\_\_

**Certifico que la información proveída es cierta, según mi leal saber y entender, y que entiendo que la falsificación de información será motivo para negar la solicitud para ayuda.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Representante por el Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Razón que Paciente no Puede Firmar: \_\_\_\_\_