

The Help Center
1515 Provident Dr. Suite 130
574-372-3500

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:**

Miembro del Hogar	Fuente de Ingreso	Cantidad Mensual

¿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:

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

¿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.

Entiendo que la información seleccionada de esta solicitud se puede compartir con el comité y la junta directiva de la entidad benéfica, que brinda esta asistencia financiera.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Representante por el Paciente: _____

Fecha: _____

Relación con Paciente: _____

Razón que Paciente no Puede Firmar: _____