



Solicitud para Ayuda Financiera

Mande la solicitud completada por correo electrónico o fax a:

jhh@jack'shelpinghand.org

Teléfono (805) 547-1914 FAX (805) 592-2018

Lista de Elegibilidad:

- El niño/a debe ser menor de 21 años
- El niño/a debe residir dentro del Condado de San Luis Obispo, California
- Pedidos de Asistencia deben ser recibidos por lo menos 7-10 días laborales antes de las citas programadas (Excepciones pueden ser hechas para una emergencia)

Política Contra La Discriminación

La Mano de Ayuda de Jack, Inc., del Condado de San Luis Obispo, California, está comprometido con una política de no discriminación e igualdad de oportunidades para los candidatos sin distinción de raza, color, credo, afiliación política, estado civil, preferencia sexual, origen nacional, discapacidad física o mental, u edad, y no muestra parcialidad o conceder favores especiales a los candidatos o grupos de solicitantes. Todas las aplicaciones financieras se revisaran caso por caso y la determinación final será basada en su elegibilidad, directrices de La Mano de Ayuda de Jack, y disponibilidad de fondos.

Autorización y Declaración de Confidencialidad

En consideración para la recepción de cualquier tipo de asistencia financiera u equipos médicos que La Mano de Ayuda de Jack puede proporcionar al solicitante y/o el niño solicitante está de acuerdo en nombre del solicitante y el niño para autorizar a La Mano de Ayuda de Jack y mantener libre de cualquier pérdida, responsabilidad, daño, costo o gasto que surja de cualquier reclamo o demandas que pueden ser introducidos o hechos que de ninguna manera se refiere a la asistencia o equipo facilitado para el solicitante y/o el niño como resultado de esta solicitud.

La Mano de Ayuda de Jack se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información personal, registros, datos, y archivos de cualquier naturaleza constituidas a su favor, como resultado de la petición del solicitante de la ayuda u equipos médicos (los "Asuntos Confidenciales"). Los firmantes abajo reconocen y aceptan que toda la información demográfica proporcionada en esta solicitud no se incluye dentro de los Asuntos Confidenciales, y podrán ser utilizados por La Mano de Ayuda de Jack de financiación, subvenciones y otros fines similares. La Mano de Ayuda de Jack compromete a no revelar los Asuntos Confidenciales sin el consentimiento previo y por escrito del solicitante, salvo cuando se requiere un tribunal de jurisdicción competente que La Mano de Ayuda de Jack debe liberar dichos Asuntos Confidenciales.

Demandantes reconocen y acuerdan que La Mano de Ayuda de Jack en lo sucesivo puede ponerse en contacto con el médico del niño/a y/o trabajador social para verificar alguna o toda la información de la aplicación, incluyendo, pero no limitando a, el diagnóstico del niño/a.

Los solicitantes firmantes abajo suscriben el presente acuerdo de parte de _____ ("niño/a")
efectivo este ____ día de _____ del 201____.

Firma del Padre/Tutor _____

Firma del Padre/Tutor _____

Favor de DELETREAR con tinta azul oscuro o negra y completar TODAS las secciones con precisión

Información del Niño/a

Nombre del Niño/a (primer, segundo, apellido) _____ Masculino Femenina

Etnicidad: Afroamericano Asiático Blanco Hispánico/Latino Otro (explique) _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento (estado/país) _____

Dirección Física del Niño/a _____

Dirección de Correo (si es diferente) _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____ Condado _____

Favor de considere enviar una fotografía de su hijo con la aplicación o por correo electrónico a jhh@jackshelpinghand.org

Información del Padre/Tutor

Nombre de Padre/Tutor _____

Teléfono Permanente #(____) _____ Celular #(____) _____ Trabajo #(____) _____

Mejor manera de ponerse en contacto con el tutor (marque solo una)

Teléfono Permanente Celular Trabajo

Correo Electrónico _____

¿La dirección es la misma que la del niño/a? Sí No Si no, la dirección es _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Nombre de Padre/Tutor _____

Teléfono Permanente #(____) _____ Celular #(____) _____ Trabajo #(____) _____

Mejor manera de ponerse en contacto con el tutor (marque solo una)

Teléfono Permanente Celular Trabajo

Correo Electrónico _____

¿La dirección es la misma que la del niño/a? Sí No Si no, la dirección es _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Estado Civil de los Padres/Tutores: Soltero Casado Divorciado Cohabitanes Viudo
 Separado Otro

¿Si es divorciado, quien es el tutor con custodia legal del niño? _____

¿Los Padres/Tutores hablan inglés? Sí No ¿Si no, cuál es su idioma principal? _____

Información Médica

Parte Remitente/Hospital _____

Trabajador Social (Nombre) _____ Número de Teléfono _____

Nombre del Médico/Especialista _____ Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____ Número de Teléfono _____

Diagnóstico del Niño/a _____

Fecha del Diagnóstico _____ Fecha de la Última Hospitalización del Niño/a _____

Ingreso del Hogar

Importante: La Mano de Ayuda de Jack no basa asistencia en los ingresos.

Total del ingreso anual familiar \$ _____

Fuentes de ingresos de la familia (favor de marcar todas que aplican):

- Salario SSI Mantenimiento de Hijos TANF
 Otro (incluyendo otras Fundaciones u Organizaciones Sin Fines de Lucro): _____

Empleador del Tutor (si es un trabajador por cuenta propia por favor liste el nombre del negocio) _____
¿El Padre/Tutor en esta licencia sin sueldo? Sí No

Empleador del Tutor (si es un trabajador por cuenta propia por favor liste el nombre del negocio) _____
¿El Padre/Tutor en esta licencia sin sueldo? Sí No

En orden de asistir con las necesidades de transportación/combustible:

¿Tipo de Vehículo que usted conduce? Marca _____ Modelo _____ Año _____

¿Tipo de Vehículo que usted conduce? Marca _____ Modelo _____ Año _____

Información de Seguro

¿El paciente tiene seguro médico? Sí No

Si es sí, indique que tipo de seguro (marque todo lo que aplique) Privado Medicaid Medicare
CCS Otro _____

¿Ayuda el seguro con transporte o alojamiento? Sí No

Demográficas

Esta información se necesita para poder recibir donaciones y por los propósitos de subsidios.

Esta información se relaciona al Tutor(es) principal o Padre(s): (Por favor circulen uno)

Educación: Menos de 12 años	Ingreso del Hogar: Menos de \$10,000
Graduado de la Secundaria o GED	\$10,000 - \$24,999
Algún Colegio o Título de Asociado	\$25,000 - \$49,999
Título Universitario	\$50,000 - \$74,999
	\$75,000 - \$99,999
	Más de \$100,000

Cuenta del hogar _____ (Por favor indiquen el número total de personas viviendo en su local)

Si el niño/a tiene hermanos, por favor listen los nombres y las edades:

(Esta información nos ayuda cuando tenemos repartos de juguetes u eventos a cuales nuestras familias pueden ser invitadas.)

Hermano/a #1 _____ **Edad** _____

Procedimientos de Financiación

1. Un representante de La Mano de Ayuda de Jack se pondrá en contacto con usted por teléfono una vez que la solicitud ha sido recibida y procesada para determinar la forma en que mejor le podemos ayudar. Las solicitudes de asistencia se revisan los lunes y miércoles de cada semana. Por favor llamen si tienen una emergencia para que podamos intentar ayudarlos urgentemente.
2. Solicitudes de Asistencia iniciales y solicitudes que son más de dos años de edad requieren que toda la documentación (vea abajo) se presente junto con la solicitud completa.
3. Solicitudes posteriores requieren solo la Solicitud de Asistencia (paginas 5-6) completada y enviada a La Mano de Ayuda de Jack, siempre que la aplicación completa (paginas 1-6) en el archivo tenga menos de dos años.

Horas de la Oficina:

Lunes-Jueves 8:00am-3:00pm. Estamos cerrados de Viernes-Domingo y la mayoría de las Fiestas mayores. Si usted requiere asistencia afuera de estas horas, por favor dejen un mensaje y haremos nuestro mejor intento de responder.



OFFICE USE
ONLY

Pedido para Asistencia

Nombre del Niño/a: _____ Fecha del Pedido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal _____

Programa Solicitado

(Por favor vean nuestro sitio web o llame la oficina para más información sobre los programas.)

Asistencia Nadadores Pequeños/Guerrero de Agua Pequeños Jinetes

Para Pedidos de Asistencia por favor complete los siguiente:

Razón por el Viaje: _____

Información de la Cita: Nombre del Médico/Hospital _____

Fecha de la Cita _____ Hora de la Cita: _____

Transportación: Carro Autobús Tren Avión Costo Estimado: \$ _____

De (Ciudad) _____ Fecha de Salida: _____

A (Ciudad) _____ Fecha de Regreso: _____

¿Pedido de Alojamiento? Sí * No Si es sí: Casa de Ronald McDonald Otro*: _____

**Alojamiento se considera solo cuando otro alojamiento sin fines de lucro no está disponible. Pedidos para alojamiento deben ser hechos a la casa de Ronald McDonald por lo menos dos semanas antes de la cita. Por favor llamen al trabajador social del hospital donde su niño/a será tratado para esta remisión. El Trabajador Social se contactará con nosotros si no hay alojamiento.*

Si se Pide Alojamiento: Fecha de llegada _____ Fecha de salida _____

Número de personas viajando _____ Preferencia (Circule): 2 Camas Matrimoniales/Dobles **O** 1 de Tamaño Rey

Fuentes de Fondos: Liste cualquier otra fuente de fondos utilizados sobre los últimos 12 meses incluyendo cualquier otros Sin Fin de Lucro o Fundaciones.

Equipo/Ítem Solicitado: Incluye la información completada para ordenar (marca, número de catálogo, tamaño, etc.) y carta de denegación de su compañía de seguro, Medicaid, o Medicare.

Discapacidades del niño/a asociada con el Equipo Pedido _____

Por favor manden lo siguiente con su aplicación completa:

- Si esta es la primera vez aplicando con la Mano de Ayuda de Jack **O** si ha sido más de dos años desde que usted aplico por favor manden la aplicación completa (páginas 1-6)
- Si tienen una aplicación actualizada (menos de dos años) por favor completen el formulario de Solicitud de Asistencia con esta página de firmas (páginas 5-6)
- Una foto en color de su niño/a (opcional)

Con el fin de avanzar asistencias financieras/tarjetas de regalo junto con el tratamiento médico de _____ (niño), el abajofirmante afirma lo siguiente:

1. Los abajofirmantes son los padres o tutores legales del niño.
2. Asistencia financiera proporcionada será con el uso de dichos fondos/tarjetas de regalos especificados por La Mano de Ayuda de Jack. **Las tarjetas de regalo deben ser usadas durante las fechas de las citas pedidas.**
3. Los abajofirmantes se comprometen a devolver los fondos no utilizados de inmediato a La Mano de Ayuda de Jack para que estos fondos puedan ser utilizados por la organización para el beneficio de otras familias.
4. Los abajofirmante reconocen y se comprometen a mantener registros que podrán ser disponibles a La Mano de Ayuda de Jack a petición razonable, que detalla los gastos realizados con los fondos/tarjetas de regalos proporcionados por la organización.

Yo he leído las directrices para asistencia financiera y la lista de chequeo y yo declaro que la información proporcionada en este formulario de aplicación, incluyendo las hojas adjuntas, es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

Firmado este ___ día de _____ en el año del _____

Firma del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

Favor de Deletrear su Nombre

Favor de Deletrear su Nombre

Relación al niño/a:
 Madre Padre Mismo
 Abuelo/a Otro _____

Relación al niño/a:
 Madre Padre Mismo
 Abuelo Otro _____

DEVOLVER A:

Jack's Helping Hand
P.O. Box 14718
San Luis Obispo, CA 93406
Teléfono: (805) 547-1914 Fax: (805) 592-2018
Correo Electrónico: jhh@jackshelpinghand.org