



Solicitud de niño nuevo

¡Jack's Helping Hand está encantado de conocerte y aprender más sobre cómo podemos ayudar a tu familia! Esta aplicación incluye información sobre niños, información médica, información para padres / tutores e información demográfica, así como formularios adicionales que requieren su firma. Le pedimos que complete este formulario en su totalidad para que podamos contactar y ayudar a su familia de la manera más efectiva posible. Devuelva la solicitud por correo electrónico, fax, correo postal o en la oficina de nuestra oficina. Por favor contáctenos con cualquier pregunta o inquietud o en caso de 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_____.

Nombre del Padre/Tutor _____ Firma _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Firma _____



Información del niño

Lista de verificación de elegibilidad:

El niño debe ser menor de 21 años.

El niño debe residir en el condado de San Luis Obispo, California.

Nombre del niño (Primero, medio, último) _____

Género: Masculino Hembra Otro _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

Dirección física del niño: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

¿La dirección de correo es diferente a la dirección anterior? No Si (Si es así, complete la información a continuación)

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Idioma principal del niño: Ingles Español Otro: _____



Información médica del niño

Diagnóstico primario del niño: _____
¿Cuándo comenzó el tratamiento infantil para este diagnóstico? _____

Diagnóstico secundario del niño: _____
Notas sobre la información de diagnóstico del niño, si es necesario: _____

Médico primario *: _____ Hospital / organización: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: () _____ - _____ Número de fax: () _____ - _____
¿Este contacto lo está refiriendo a nuestra organización? Si No

Médico especialista *: _____ Hospital / organización: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: () _____ - _____ Número de fax: () _____ - _____
¿Este contacto lo está refiriendo a nuestra organización? Si No

Trabajador social *: _____ Hospital / organización: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: () _____ - _____ Número de fax: () _____ - _____
¿Este contacto lo está refiriendo a nuestra organización? Si No

Si nada de lo anterior lo refirió a nuestra organización, complete lo siguiente:
Parte de referencia *: _____ Punto de contacto: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: () _____ - _____ Número de fax: () _____ - _____
¿El niño tiene seguro de salud?*** Si No

¿El seguro ayuda con el transporte o el alojamiento? Si • No
En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

En caso Privado Meafirmativo, inddicaid Meique qué dicaretipod See segurrvicio deo (marqu niños dee todos los que correspondan)): California (CCS) • Otro: _____

Prueba de Aseguranza requerida. Por Favor de incluir una copia de su tarjeta de aseguranza para completar su aplicación o pase por la oficina para hacer una copia para nuestros archivos. La foto también puede ser enviada por correo electrónico a jhh@jackshelpinghand.org

Mailing address: PO Box 14718, San Luis Obispo, CA 93406 Physical address: 710 Fiero Lane Suite #16, San Luis Obispo, CA 93401
Phone: (805) 547-1914 Fax: (805) 592-2018 Email: jhh@jackshelpinghand.org

* Jack's Helping Hand reserves the right to request a doctor's letter or appointment date confirmation when deemed necessary, as well as reserving the right to contact referring party and physician to verify diagnosis.



Información del padre / tutor

Nombre del padre / tutor 1 _____

Relación con el niño: Madre Padre Sí mismo Abuelo Otro: _____

• Número de teléfono () _____ - _____ • Celular () _____ - _____ • Trabajo () _____ - _____

* Marque la casilla junto al mejor número de teléfono para contactarlo.

Dirección de correo electrónico: _____ @ _____

¿Tenemos permiso para enviarle un correo electrónico? Sí No

¿Dirección igual que la del niño? Sí No - Complete la siguiente información:

Dirección _____ Ciudad _____ Estado / Código postal _____

* Estado civil del padre / tutor 1: Soltero Casado Divorciado / Separado

* Si es casado, nombre del cónyuge: _____ • Otro _____

Idioma principal del padre / tutor 1: inglés español otro: _____

* Padre / Tutor 1 Empleador (si trabaja por cuenta propia, indique el nombre de la empresa):

_____ ¿Está el padre / tutor 1 con licencia sin goce de sueldo? Sí No

* Nivel de educación de padre / tutor 1:

Menos de 12 años Preparatoria / GED Degree Título de Asociado Licenciatura o más

• Otro: _____

Nombre del padre / tutor 2 _____

Relación con el niño: Madre Padre Sí mismo Abuelo Otro: _____

• Número de teléfono () _____ - _____ • Celular () _____ - _____ • Trabajo () _____ - _____

* Marque la casilla junto al mejor número de teléfono para contactarlo.

Dirección de correo electrónico: _____ @ _____

¿Tenemos permiso para enviarle un correo electrónico? Sí No

¿Dirección igual que la del niño? Sí No - Complete la siguiente información:

Dirección _____ Ciudad _____ Estado / Código postal _____

Estado civil del padre / tutor 2: Soltero Casado Divorciado / Separado

* Si es casado, nombre del cónyuge: _____ • Otro _____

Idioma principal del padre / tutor 2: inglés español otro: _____

Padre / Tutor 1 Empleador (si trabaja por cuenta propia, indique el nombre de la empresa):

_____ ¿Está el padre / tutor 1 con licencia sin goce de sueldo? Sí No

* Nivel de educación de padre / tutor 2:

Menos de 12 años Preparatoria / GED Degree Título de Asociado Licenciatura o más

• Otro: _____

Prueba de Aseguranza requerida. Por Favor de incluir una copia de su tarjeta de aseguranza para completar su aplicación o pase por la oficina para hacer una copia para nuestros archivos. La foto también puede ser enviada por correo electrónico a jhh@jackshelpinghand.org



Información demográfica

La mano amiga de Jack no basa la asistencia en ninguna de la siguiente información. Sin embargo, utilizamos información demográfica para solicitar subvenciones para financiar nuestros programas. Complete esta información de la manera más completa y precisa posible.

¿El niño tiene hermanos? Si* No

* En caso afirmativo, proporcione el nombre y la fecha de nacimiento de cada hermano:

Nombre del hermano 1: _____ DOB (mm / dd / aaaa): _____
Nombre del hermano 2: _____ DOB (mm / dd / aaaa): _____
Nombre del hermano 3: _____ DOB (mm / dd / aaaa): _____
Nombre del hermano 4: _____ DOB (mm / dd / aaaa): _____

¿Cuál es el número total de familias en el hogar actualmente? _____

Información de ingresos: marque la casilla más cercana al ingreso total de su familia según la información fiscal del año anterior. Si hay cambios significativos en comparación con los ingresos informados del año pasado, tenga esto en cuenta al completar la información a continuación. Incluya todas las formas de ingresos imponibles.

Ingreso familiar total: Menos que \$10,000
\$10,001 – 24,999
\$25,000 – 49,999
\$50,000 – 74,999
\$75,000 – 99,999
\$100,000 o más

Fuentes de ingresos familiares (marque todo lo que corresponda):
Salario
Ingresos del Seguro Social (SSI)
Manutención de niños
Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
Otro (incluidas otras fundaciones o organizaciones sin fines de lucro): _____

Información de residencia: marque una casilla en función del lugar de residencia permanente del niño.

Condado Norte (Incluyendo Santa Margarita, Atascadero, Creston, Templeton, Paso Robles, San Miguel, Los Osos, Morro Bay Cayucos, Cambria, San Simeon)

Condado del Sur (Avila Beach, Shell Beach, Pismo Beach, Arroyo Grande, Grover Beach, Oceano, Nipomo)

Ciudad de San Luis Obispo

Información de etnicidad:

Etnicidad del niño:

Otro: _____

• Otro: _____

Otro: _____



Formulario de divulgación de publicidad de la mano amiga de Jack

C.C. 3344¹

Nombre del niño _____ (“Niño”)

RECETAS

Jack’s Helping Hand Inc., (“JHH”) es una corporación sin fines de lucro que recauda fondos para ayudar a apoyar los servicios vitales que brinda el personal atento en el centro de Terapia Médica CCS San Luis. El Programa de Asistencia de Jack asiste a niños con enfermedades y discapacidades, brindando tratamientos especiales, servicios, equipos y transporte que no son provistos por otras fuentes; o que exceden las capacidades financieras familiares. Jack’s Helping Hand también está en proceso de desarrollar el Jack Ready Imagination Park, que será un parque de acceso universal con equipos especiales y acceso para niños y adultos con necesidades especiales.

ACUERDO

Con el fin de ayudar a JHH con su capacidad de recaudar fondos para los fines aquí establecidos en los considerandos, así como para los fines incluidos en la Declaración de la Misión de JHH, tal como se indica en jackshelpinghand.org (según se pueda enmendar y / o modificar de vez en cuando), ya que se incorpora el mismo, y por consideración valiosa aquí reconocida, el abajo firmante, como padre (s) / tutor (es) legal (es) con la custodia legal del Niño, por la presente otorga permiso para fotografías (como se define en El Código Civil 3344 (b)) del Niño y el nombre completo del Niño (incluido mi apellido) se incluirá en cualquier impresión, imagen y / o público y comunicados de prensa, folletos, carteles y / o publicaciones similares (colectivamente "publicaciones") que puede prepararse, imprimirse, distribuirse y / o publicarse en el futuro, o conectarse con Jack's Helping Hand, Inc. Este permiso incluye el derecho exclusivo y exclusivo de Jack's Helping Hand de editar todas y cada una de las fotografías y / o videos, y seleccionar cualquier fotografía y / o video que Jack’s Helping Hand pueda determinar, a su exclusivo y exclusivo criterio, para cualquiera y todos esos propósitos.

Este permiso se proporciona como mi / nuestro "consentimiento previo" expreso como se describe en la Sección 3344 (a) del Código Civil de California, y el abajo firmante renuncia a cualquier derecho de hacer valer cualquier reclamo que pueda surgir por el uso del nombre del Niño, , fotografía o semejanza bajo los términos de este acuerdo.

El abajo firmante reconoce y acepta que el permiso otorgado por el presente puede ser revocado por el abajo firmante, por escrito, en cualquier momento. Cualquier revocación por parte del abajo firmante se dirigirá a Jack's Helping Hand, Inc. en 3580 Sacramento Dr. # 110 San Luis Obispo, CA 93401. El abajo firmante acepta y reconoce que la revocación por escrito no será efectiva en cuanto a las publicaciones que se hayan preparado. para liberar en cualquier momento antes de la recepción por parte de Jack's Helping Hand, Inc de la revocación prevista en este documento.

El abajo firmante también acepta y reconoce que Jack's Helping Hand, Inc. no tendrá obligación alguna con ninguno de los abajo firmantes o con el Niño por ningún pago o remuneración asociada con, o en consideración de cualquier publicación realizada, publicada, promovida o en adelante. dirigida por Jack's Helping Hand Inc. bajo el permiso otorgado en este documento. Todos los derechos sobre todas y cada una de las fotografías y publicaciones serán y seguirán siendo los derechos exclusivos de Jack’s Helping Hand, Inc.

Nombre del padre / tutor: _____ Número de carnet de conducir: _____
Firma: _____ Fecha: _____

¹ El Código Civil 3344 protege contra el uso no autorizado de un nombre, voz, firma, fotografía o imagen sin consentimiento previo. Se imprime una copia completa del Código Civil 3344 en el reverso de este formulario.



Formulario de divulgación de registros medicos

Al firmar este formulario, le autorizo a divulgar información confidencial de salud sobre mi hijo / yo mismo, mediante la entrega de una copia de estos registros médicos, o un resumen o narración de esta información de salud protegida, a la entidad que se detalla a continuación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

La información que puede divulgar sujeta a este formulario de divulgación firmado es la siguiente:

- [X] Historia y fisica
[X] Registros de citas
• Otro: _____

Divulgación por información de salud protegida a la siguiente entidad directamente asociada con el cuidado de mi hijo para:

Name: Jack's Helping Hand
Mailing Address: PO Box 14718, San Luis Obispo, CA 93406
Physical Address: 710 Fiero Lane Suite #16, San Luis Obispo, CA 93401
Phone: (805) 547-1914
Fax: (805) 592-2018

El propósito / razón para la divulgación de información es el siguiente: _____

Fechas de Autorización *: Desde (mm/dd/yyyy) _____ a (mm/dd/yyyy) _____

* La autorización es válida por dos años después de la fecha de la firma..

Nombre del paciente / representante personal

Firma del paciente / representante personal

Fecha (mm/dd/yyyy)

Descripción de la autoridad del representante personal