

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA PROLONGADA DE SENIOR CHARITY CARE FOUNDATION

Residente/Persona mayor: _____

Fecha: _____

Nombre de instalación residencial: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Dirección de instalación residencial: _____

Estado civil: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Piso/Habitación: _____

Nombre de la persona responsable: _____

Teléfono: _____

Dirección de la persona responsable: _____

Relación: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Necesidad (Razón, para solicitud): dental visión audición

Sueldo:	<i>Mensual</i>	Bienes (Valores):	
Seguridad social	\$ _____	Casa	\$ _____
Pensiones, cuenta de retiro individual, etc.	\$ _____	Otra inmobiliaria	\$ _____
Cuentas fiduciarios, otro	\$ _____	Seguro vitalicio	\$ _____
Administración de veteranos	\$ _____	Inversiones	\$ _____
Familia	\$ _____	Ahorros	
	\$ _____		
Descuento de instalación	\$ _____	Dinero que se le debe	\$ _____
Otro: _____	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Ingreso total	\$ _____	Bienes total	\$ _____

Gastos: Relacionados con cuidado prolongado vivienda Asistida

Gastos: Para apartamentos independientes

	<i>Mensual</i>
Cobros de instalación	\$ _____
Medicamentos	\$ _____
Médicos	\$ _____
Ropa, aseo	\$ _____
Otro: _____	\$ _____
Total de gastos	\$ _____

	<i>Mensual</i>
Alquiler de instalación	\$ _____
Comestibles	\$ _____
Transporte*	\$ _____
Suministros	\$ _____
Medicamentos	\$ _____
Médicos	\$ _____
Ropa, aseo	\$ _____
Otro: _____	\$ _____
Total de gastos	\$ _____

Los gastos de transporte incluyen carro, y costos relacionados como mantenimiento, seguro, importe de autobús o importe de taxi de la vecindad. No incluyen el costo de viajar por avión, tren u otros medios de transporte.

***Please mail application to PO Box 744, Kaysville, UT 84037 for Davis and Weber Counties or
1555 W. 2200 So. Suite B. West Valley City 84119 for all other locations.***

**SENIOR CHARITY CARE FOUNDATION
ON-GOING ASSISTANCE APPLICATION**

Página 2.

Por favor denos los documentos siguientes, si son aplicables, **Si no lo son, escribe N/A en el lugar indicado:**

1. Los últimos tres (3) anos de documentación de impuestos 1040 par el IRS: _____
2. Si es dueño de una casa u otra inmobiliaria, avisos de impuestos: _____
3. Avisos de regalos reportados al IRD durante los últimos tres (3) años: _____

Person Providing Information:

Nombre: _____ Relación: _____

Declaro que la información dada es verdadera y correcta, a mi saber y entender. Comprendo que la Senior Charity Care Foundation pertinente solo a los residentes de instalaciones para personas mayores quienes no tienen los recursos financieros para pagar el costo total de los cuidados y servicios en una instalación sanitaria de enfermería intensiva, instalaciones de vivienda asistida o apartamento independiente para personas mayores. Además solicitaré cualquier ayuda (Medicaid, Medicare, Administración de Veteranos, etc.) que sea disponible para pagar mis (o las persona indicaba arriba) deberes. Pol lo tanto, si otros ingresos o bienes sean disponibles, notificaré al presidenta de la Senior Charity Care Foundation. También comprendo que si yo (o la persona indicada arriba) sea autorizado como beneficiario de Cuidado de Caridad, es posible que me pidan firmar una carta de deuda.

Firma: _____ Fecha: _____

Información Necesaria Para Recibir Ayuda Financiera de la Clínica Dental Ambulante:

Nombre: _____

Q. Usted es Varón Hembra Desconocido

Q. ¿Cuántos años tiene? 55 to 59 60-64 65 o mas

Q. ¿Es residente en Utah? Sí No

Q. ¿Nivel de estudios terminados?

- Sin terminar el instituto
- El instituto (con diploma o equivalente EG, GED)
- Licenciado de Universidad
- Desconocido

¿Qué es el total de ingreso mensual a su casa?

En el caso de soltero: No pertinente

Menos que \$12,490 \$12,491 to \$16,612 \$16,613 to \$18,735 \$18,736 to \$24,980

En el caso de casado: No pertinente

Menos que \$16,910 \$16,911 to \$23,336 \$22,337 to \$25,365 \$25,366 to \$33,820

Q. ¿Tiene seguro dental? Yes No

En el caso de sí, ¿cuál?: _____

Q. ¿Recibe Medicaid? Sí No

Q. ¿Tiene alguna discapacidad? Sí No En el caso de sí, indíquela abajo:

- Dificultad al andar Dificultad cognitiva Dificultad de oído
- Dificultad con vida independiente Dificultad de cuidarse Dificultad con la vista
- Otra: _____
- Desconocida / No reportada

Q. Indique por favor su raza y etnia.

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Sólo asiático
- Negro o Africano Americano
- Hispano o Latino
- Nativo de Hawaii u otra isla del Pacifico
- Sólo blanco / caucásico
- Dos raza o más
- Otra etnia: _____
- Desconocida / No reportada

Q. ¿Cuál es su idioma principal?

Inglés Español Francés Alemán Chino Desconocido / No reportado

Otro: _____