

# ***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

<b>Sueldo:</b>	<i>Mensual</i>	<b>Bienes (Valores):</b>	
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: _____	\$ _____
<b>Ingreso total</b>	<b>\$ _____</b>	<b>Bienes total</b>	<b>\$ _____</b>

**Gastos:** Relacionados con cuidado prolongado vivienda Asistida

**Gastos:** Para apartamentos independientes

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

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

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 \$12,140  \$12,141 to \$16,146  \$16,147 to \$18,210  \$18,211 to \$24,280

En el caso de casado:  No pertinente

Menos que \$16,460  \$16,461 to \$21,892  \$21,893 to \$24,690  \$24,691 to \$32,920

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: \_\_\_\_\_