

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA 2015

El hecho de proporcionar esta información no afectará adversamente a ninguna contraprestación que pueda recibir por servicios de GTF



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre	Segundo nombre	Apellido	
Dirección postal			No. de Apartamento/Unidad
Ciudad	Estado	Código Postal	País
Teléfono en la casa	Teléfono celular	E-mail	
Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Estado civil		Nombre del cónyuge (si es aplicable)
Fecha de nacimiento	Edad	Número del Seguro Social	
No. total de personas que viven en la casa	Niños en la casa	Adultos en la casa	
Fecha del trasplante (si es aplicable)	Órgano	Centro de trasplantes	

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Raza (opcional – por favor marcar)	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Afro-americano	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco, no hispano
	<input type="checkbox"/> Asiático-americano	<input type="checkbox"/> Asiático-Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio nativo americano	<input type="checkbox"/> Otra
Nivel de educación (opcional – por favor marcar)	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Asistió a la escuela secundaria (no. de años ___)	<input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Asistió a la Universidad (no. de años ___)
	<input type="checkbox"/> Certificado/diploma técnico	<input type="checkbox"/> Inscrito actualmente en la universidad	<input type="checkbox"/> DM/Doctorado (PhD)	<input type="checkbox"/> Otro _____
Nivel corriente de ingresos (por favor marcar todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Empleo a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Empleo a tiempo completo	<input type="checkbox"/> con beneficios	<input type="checkbox"/> Cónyuge que trabaja
	<input type="checkbox"/> Jubilación del Seguro Social	<input type="checkbox"/> con beneficios	<input type="checkbox"/> Ingresos de los padres	<input type="checkbox"/> Pensión de jubilación
		<input type="checkbox"/> Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	<input type="checkbox"/> Ingresos Suplementarios (SSI)	
Estatus laboral (por favor marcar)	<input type="checkbox"/> Actualmente empleado; Nombre del empleador _____		<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Desempleado _____
	<input type="checkbox"/> Médicamente discapacitado _____			
		Fecha		Fecha
Fuente corriente de cobertura médica (por favor marcar todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Seguro (por favor marcar con un círculo:) BCBS; United Healthcare; Humana; Kaiser; Aetna; Otra _____			
	<input type="checkbox"/> Seguro del cónyuge			
	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> QMB Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicaid (programa de Ingresos en Exceso)
				<input type="checkbox"/> COBRA
Marcar todas las que apliquen a usted:	<input type="checkbox"/> Receptor	<input type="checkbox"/> Candidato	<input type="checkbox"/> Donante en vida	<input type="checkbox"/> Cliente de JumpStart
	<input type="checkbox"/> Asistente a Conferencia de Tendencias en Trasplantes (TNT)		<input type="checkbox"/> Asistente a talleres para recaudar fondos	
	<input type="checkbox"/> Mentor con el Proyecto de	<input type="checkbox"/> Voluntario de GTF / Miembro de la Junta de Adm./ Miembro del		

Mentores

Comité

¿Cómo tuvo conocimiento de los servicios de GTF? Sitio Web de GTF/ Revista IMPRINT Personal de GTF, Nombre / Folleto
 Voluntario de GTF, Nombre _____ Personal del Centro de Trasplantes, Nombre _____

Nombre del paciente _____

POR FAVOR CONTESTAR **TODAS** LAS PREGUNTAS PARA EL COMITÉ DE REVISIÓN

PARTE TRES – INFORMACIÓN FINANCIERA

NO DEJAR NINGÚN CAMPO EN BLANCO

ACTIVOS:

CORRIENTE/DE CHEQUES \$ _____
 AHORRO \$ _____
 ACCIONES Y BONOS \$ _____
 CUENTAS DE JUBILACIÓN \$ _____

AUTOMÓVIL(ES):

AÑO _____ AÑO _____
 COMPOSICIÓN _____ COMPOSICIÓN _____

Casa/familia: Todas las personas que vivan en su casa (incluyendo todos los niños o adultos), miembros no emparentados con la familia, padres, nietos, hermanos, inquilinos, etc.

Ingresos: Suma total de ingresos por salarios, ingresos como autónomo, intereses, dividendos e ingresos por rentas/alquileres, Jubilación del Seguro Social e Ingresos por Discapacidad del Seguro Social, Ingresos Suplementarios, manutención de hijos, asistencia pública, TANF, cupones para comida (*food stamps*), ayuda financiera para la familia, ingresos de hijos, padres, hermanos, etc. que trabajen y que residan en su casa.

Gastos: Gastos familiares generales por mes - renta (alquiler)/hipoteca, comida, promedio de servicios públicos, cargos de teléfono – teléfono básico, teléfono celular, pagos de tarjetas de crédito – suma mensual, no saldos totales debidos.

INGRESOS NETOS MENSUALES DE LA FAMILIA/CASA

(por favor leer la descripción más arriba)

SALARIOS (netos) \$ _____
 INGRESOS DEL CÓNYUGE \$ _____
 INGRESOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA \$ _____
 SEGURO SOCIAL (SSDI, SSI) \$ _____
 DISCAPACIDAD ADICIONAL \$ _____
 PENSIÓN \$ _____
 INGRESOS POR JUBILACIÓN \$ _____
 PENSIÓN DE VETERANO \$ _____
 TANF \$ _____
 CUPONES PARA COMIDA (*FOOD STAMPS*) \$ _____
 RENTA/ALQUILER \$ _____
 DIVIDENDOS _____
 OTROS \$ _____
 \$ _____
INGRESOS MENSUALES TOTALES \$ _____

GASTOS MENSUALES DE LA FAMILIA/CASA

(por favor leer la descripción más arriba)

RENTA/ALQUIL ER* HIPOTECA* \$ _____
 COMIDA \$ _____
 SERVICIOS PÚBLICOS _____
 TELÉFONO \$ _____
 GAS Y ELECTRICIDAD \$ _____
 TELÉFONO CELULAR \$ _____
 AGUA \$ _____
 TRANSPORTACIÓN _____
 TRANSPORTACIÓN PÚBLICA \$ _____
 PAGO DE AUTO \$ _____
 GASOLINA \$ _____
 GASTOS MÉDICOS _____
 CARGOS DE MÉDICOS \$ _____
 PAGOS A HOSPITALES \$ _____
 MEDICACIONES \$ _____
 DENTALES \$ _____
 SEGURO _____
 MÉDICO \$ _____
 VIDA \$ _____
 AUTO \$ _____
 CUENTAS DE CARGO _____
 TARJETAS BANCARIAS (pago mensual) \$ _____
 OTROS _____ \$ _____
 OTROS _____ \$ _____

y mi centro de trasplantes u otras partes relacionadas para verificar la información relacionada con esta solicitud. Acepto ser agregado a la base de datos de GTF para envíos por correo futuros.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ **FECHA** _____

GASTOS MENSUALES TOTALES** \$ _____

* Si no está pagando renta/alquiler o una hipoteca, por favor explique:

** Si sus gastos mensuales superan sus ingresos mensuales, por favor explique cómo está pagando sus facturas cada mes:

