



Gill Children's Services, Inc.

1020 Summit Avenue • Fort Worth, Texas 76102 • (817) 332-5070
Hours: 8:30am to 3:30pm, Monday to Friday • Fax (817) 332- 6445

Date Received _____

Aplicacion Para Asistencia Financiero

1. _____ 2. _____
Apellido del Nino, Primer Otro Edad Fecha de Nacimiento Sexo

3. Seguro Social # _____ 4. Telefono _____

5. _____
Direccion: Numero Calle Ciudad Estado Numero Postal

Cuanto tiempo tiene el nino de vivir en el Contado de Tarrant? _____

6a. _____
Nombre de Madre Edad Seguro Social # Estado Civil

6b. _____
Nombre de Padre Edad Seguro Social # Estado Civil

6c. Direccion de la Madre o padre (Si diferent del Nino)

Numero Calle Ciudad Estado Numero Postal

7. Quien tiene custodia legal del Nino? _____

8. Telefono de pariente/vecino/amistad de la familia? _____
Nombre Numero

9. Los Padres hablan ingles? Si ___ No ___ Si no, que idioma hablan? _____

10. Que escuela atende su nino? _____
Nombre Telefono #

11. Que servicios, apartos o materiales estas pidiendo para su nino? _____

12. Porque necesita el nino estos servicios, apartos o materiales (describe el problema fisico)?

13. De informacion sobre el profesional que prescribo el servicio, aparatos o materiales.

Nombre _____ Telefono _____

Direccion: _____

14. Quien va proveer el servicio que vd. pide (nombre, direccion y telefono):

15. Cual es el costo de el servicio o materiales? _____

Cuanto es la asistencia financiero que vd. pide de Gill para este servicio? _____

Quien pagara la diferencia de el costo total y la cantidad que vd. pide de Gill?

16. Ha recibido asistencia de Gill en el pasado? No ___ Si ___ Fecha _____

17. Como vino vd. saber de Gill Children's Services, Inc.? _____

18. Lista de otras agencias de la comunidad con quien vd. hizo contacto antes de hacer aplicacion con Gill? Cual fue la respuesta? Agencia: Respuesta:

19. De el nombre, direccion y telefono de la persona que podemos contactar como referencia acerca de esta solicitud.

20a. Patrono/empleo de Padre	Direccion	Telefono	Ganancia Mensual
------------------------------	-----------	----------	------------------

20b. Patrono/empleo de Madre	Direccion	Telefono	Ganancia Mensual
------------------------------	-----------	----------	------------------

20c. Patrono/empleo de Madrastra/Padrastro	Direccion	Telefono	Ganancia Mensual
--	-----------	----------	------------------

Favor de inclvir prueba de ingresos de la madre, padre, o padrastros: Dos mas recientes cheques, carta del mayordomo, o copia de su declaracion de impuesto sobre rentas (income tax return).

21. Otras adultos y ni→os que viven en su hogar.

Nombre	Relacion al Nino	Edad	Estado Civil o DOB	Ingresos o Seguro Social #
--------	------------------	------	--------------------	----------------------------

22. Obligaciones Financieros por Mes:

	Pago por mes
Renta	\$ _____
Electricos/Luz	\$ _____
Agua	\$ _____
Comida	\$ _____
Telefono	\$ _____
Telefono Celular	\$ _____
Pago de Carro	\$ _____
Gasolina de Carro	\$ _____
Seguro de Carro	\$ _____
Cuidar de Ninos	\$ _____
Aseguransa de Salud	\$ _____
Tarjetas de Credito (Balance Total \$ _____)	\$ _____
Emprestitos (Balance Total \$ _____)	\$ _____
Cuentas Medicos	\$ _____
Otro Especifica _____	\$ _____
Otro Especifica _____	\$ _____
Otro Especifica _____	\$ _____

23. Tienen los Padres/Guardian otro ingreso o soporte financiero?

Soporte de Nino? No _____ Si _____ Cuanto _____

Gill Children's Services, Inc. - Aplicacion Para Asistencia

TANF No ____ Si ____ Cuanto _____

Casa del Gobierno No ____ Si ____

WIC No ____ Si ____

Seguro Social o SSI/SSD? No ____ Si ____ Cuanto _____

Para quien? _____

Estampillas No ____ Si ____ Cuanto _____

24. Tiene el niño aseguramiento medico? (incluyendo Medicaid)? Si ____ No ____

Cual es la compania de aseguramiento? _____ (circle) Medical Dental

Numero de la poliza _____ La poliza de aseguramiento es un plano de grupo en su lugar de empleo? No ____ Si ____

De cual Padre? _____

25. Por favor de comentar sobre otras obligaciones o dificultades financiero que pueden impedir su habilidad de pagar por estos servicios vd. mismo.

26. Yo reconozco que Gill depende de la informacion en esta aplicacion para ser la decision en este pedido.

Yo autorizo que Gill consulte con, o de informacion a cualquier persona que ellos crean necesario para verificar esta informacion y pedido. Yo comprendo que es necesario que Gill haga esto para poder ser la decision en este pedido. Esta autorizacion se expirara dentro de un a→o de esta fecha.

Signatura: _____ Fecha: _____
Padre o Guardian

27. Si otra persona en vez de la persona quien firmo #26 lleno esta aplicacion por favor de dar la informacion siguiente:

Nombre: _____ Relacion al niño: _____

Direccion: _____ Telefono: _____

Agencia y/o Titulo: _____