



# Gill Children's Services, Inc.

555 Hemphill, Suite 200 • Fort Worth, Texas 76104 • (817) 332-5070  
Hours: 8:30am to 3:30pm, Monday to Friday • Fax (817) 332- 6445

Date Received \_\_\_\_\_

## Aplicación para Ayuda Financiera

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
Apellido del Niño Primer Otro Edad Fecha de Nacimiento Sexo

**\*Otros niños apunte en pagina 3, #21.**

3. Seguro Social \_\_\_\_\_ 4. Teléfono \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_  
Dirección: Numero Calle Ciudad Estado #Postal

Cuanto tiempo tiene el niño 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. \_\_\_\_\_  
Otra persona con quien vive el niño Edad Seguro Social Estado Civil  
(i.e. padrastros, abuelos)

Dirección de la Madre o Padre si es diferente del niño. Madre o Padre?

Numero Calle Ciudad Estado #Postal

7. Quien tiene custodia legal de el niño?  
\_\_\_\_\_

8. Teléfono de pariente/vecino/Amistad de la familia? \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono

9. Los padres hablan ingles? \_\_\_\_\_

10. Que escuela atiende su niño? \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono

11. Que servicios, aparatos o materiales esta pidiendo para su niño? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Porque necesita el niño estos servicios, aparatos, o materiales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

14. Quien va proveer el servicio que usted pide (nombre, teléfono, dirección)?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Cual es el costo de el servicio o materiales? \_\_\_\_\_

Cuanto es la asistencia financiera que usted pide de Gill? \_\_\_\_\_

Quien pagara la diferencia de el costo total que usted pide de Gill?

\_\_\_\_\_

16. Ha recibido asistencia de Gill en el pasado? No \_\_\_ Si \_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

17. Como vino usted saber de Gill Children's Services? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Lista de otras agencias de la comunidad con quien usted hizo contacto antes de hacer aplicación con Gill y la respuesta?

Agencia:

Respuesta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

20. Donde trabajan los padres?

Empleo de Padre                      Dirección                      Teléfono                      Ganancia Mensual

Empleo de Madre                      Dirección                      Teléfono                      Ganancia Mensual

Empleo de Madrastra/Padrastra                      Dirección                      Teléfono                      Ganancia Mensual

**Favor de incluir prueba de ingresos de la madre, el padre o padrastros: Dos mas recientes cheques, carta del mayordomo o copia de su declaración de impuestos sobre rentas (income tax).**

21. Otros niños y adultos que viven en su hogar:

Nombre	Relación al niño de pagina 1	Edad	Fecha de Nacimiento	Ingresos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

22. Obligaciones Financieras por mes:

Pago por mes

Renta	\$ _____
Luz	\$ _____
Gas	\$ _____
Agua	\$ _____
Comida	\$ _____
Teléfono de Casa	\$ _____
Teléfono Celular	\$ _____
Pago de Carro	\$ _____
Gasolina de Carro	\$ _____
Seguro de Carro	\$ _____
Cuidar de Niños	\$ _____
Seguro de Salud	\$ _____
Personal/Compras de Casa	\$ _____
Tarjetas de Crédito (Balance Total \$ _____ )	\$ _____
Emprestitos (Balance Total \$ _____ )	\$ _____
Cuentas Médicos	\$ _____
Otro (Especifica) _____	\$ _____
Otro (Especifica) _____	\$ _____
Otro (Especifica) _____	\$ _____
Otro (Especifica) _____	\$ _____

\*Gill tiene el derecho de pedir prueba de sus obligaciones financieras por mes.

23. Tienen los padres/guardián otros ingresos o soporte financiero?

Soporte de Nino? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_  
TANF? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_  
Casa de Gobierno? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_  
WIC? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_  
Seguro Social: Retiro o Desabilidad? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_  
Quien recibe el Seguro? \_\_\_\_\_  
Estampillas de comida? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

24. El niño tiene aseguramiento medico (incluyendo Medicaid)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Compañía de Aseguramiento? \_\_\_\_\_ (circle) Medica Dental  
Numero de póliza \_\_\_\_\_ De cual padre? \_\_\_\_\_  
La póliza es un plan de grupo en su lugar de empleo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

26. Yo reconozco que Gill depende de la información en esta aplicación para ser la decisión en este pedido.

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

Signatura: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Padre o Guardián

---

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Nino de pagina 1: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Agencia y/o Titulo: \_\_\_\_\_