Gill Children's Services
555 Hemphill Street, Suite 200 | Fort Worth, Texas 76104 | (817) 332-5070
Hours: Monday – Friday, 8:30AM – 3:30PM | Fax: (817) 332-6445

La Misión de Gill

Gill Children's Services ofrece ultimo recursos de asistencia financiera a los niños del condado de Tarrant. Niños que necesitan ayuda financiera en el área de medica, dental, física, social, psicológica y educativa.

¿Quién puede solicitar servicios?

Gill Children's Services ayuda a los niños como último recurso cuando se han agotado todos los otros recursos. Antes de solicitar, favor de preguntarse:

1. ¿Mi hijo tiene 0-18 años de edad?
2. ¿Mi hijo vive en el condado de Tarrant?
3. ¿Llamé al United Way's 211 Resource Line para ver si otras agencias me pueden ayudar?

Si contesto SÍ a las tres preguntas, puede solicitar con Gill Children's Services.

Aplique en línea o en persona

En Línea

Debe adjuntar verificación de ingresos para la solicitud en línea.

Aplique

En Persona en 555 Hemphill St, Ste 200, Fort Worth, TX 76104

debe recibir la totalidad de los siguientes documentos para procesar su solicitud:

- ☐ Solicitud completado
- ☐ Prueba de Ingresos (talón de cheques, carta de empleador, impuestos, cartas de gobierno)

Dependiendo del servicio o equipo medico que está solicitando, Gill Children's Services puede necesitar información adicional. Por favor llame a nuestros administradores de casos con preguntas.

Para servicios dentales:
Alice Espinoza, Dental Case Manager
(817) 332-5070 ext. 102
alice@gillchildrens.org

Para otros servicios que no sean dentales:
Lizbeth Aguilar, Case Manager
(817) 332-5070 ext. 101
lizbeth@gillchildrens.org

Gill Children's Services
555 Hemphill Street, Suite 200 | Fort Worth, Texas 76104 | (817) 332-5070
Horario: Monday – Friday, 8:30AM – 3:30PM | Fax: (817) 332-6445

Solicitud para Ayuda Financiera

Sección 1: Información de Servicio

1A. ¿Qué servicios está solicitando? _____

_____

1B. ¿Qué cantidad está solicitando de Gill? $ _____.____

¿Cuánto está capaz de contribuir al coste del servicio? $ _____.____

1C. ¿Sabe usted quien proporcionará los servicios solicitados? ☐ No ☐ Sí: _____

_____

Dirección *Teléfono* *Fax*

1D. Explique por qué usted necesita asistencia de Gill en este momento. _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

1E. ¿Ha recibido ayuda de Gill Children's Services antes? ☐ No ☐ Sí: _____

Sección 2: Información de Referencia

2A. ¿Cómo se enteró de Gill Children's Services? _____

2B. ¿Tiene una relación con alguien del personal de Gill? ☐ No ☐ Sí: _____

2C. ¿Ha llamado a 2-1-1 o visitado www.tarrantcounty211.org? ☐ Sí ☐ No

2D. Lista de otras agencias de la comunidad, en la que han pedido ayuda antes de aplicar a Gill.

_____

Nombre de agencia *Razón de la Negación*

_____

Nombre de agencia *Razón de la Negación*

2E. Provea un contacto como una referencia (trabajador social, consejero de la escuela, administrador de casos)

_____

Nombre *Organización* *Teléfono*

Sección 3: Información del Menor

3A. Llene la siguiente información para **TODOS los niños en su hogar**. Por favor, indique los niños que están en necesidad de los servicios que usted describe en la Sección 1.

☐ Este niño necesita ayuda

Nombre de Niño:_____
Primer *Segundo* *Apellido*

Fecha de Nacimiento: __ __ /__ __ /__ __ __ __ ☐ Niño ☐ Niña El niño es ciudadano de los EE.UU? ☐ S ☐ N

Etnicidad ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Caucásico ☐ Hispano ☐ Otro _____

Seguro: ☐ CHIP ☐ CSHCN ☐ JPS Title V ☐ Medicaid ☐ Privado ☐ No cobertura

☐ Este niño necesita ayuda

Nombre de Niño:_____
Primer *Segundo* *Apellido*

Fecha de Nacimiento: __ __ /__ __ /__ __ __ __ ☐ Niño ☐ Niña El niño es ciudadano de los EE.UU? ☐ S ☐ N

Etnicidad ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Caucásico ☐ Hispano ☐ Otro _____

Seguro: ☐ CHIP ☐ CSHCN ☐ JPS Title V ☐ Medicaid ☐ Privado ☐ No cobertura

☐ Este niño necesita ayuda

Nombre de Niño:_____
Primer *Segundo* *Apellido*

Fecha de Nacimiento: __ __ /__ __ /__ __ __ __ ☐ Niño ☐ Niña El niño es ciudadano de los EE.UU? ☐ S ☐ N

Etnicidad ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Caucásico ☐ Hispano ☐ Otro _____

Seguro: ☐ CHIP ☐ CSHCN ☐ JPS Title V ☐ Medicaid ☐ Privado ☐ No cobertura

☐ Este niño necesita ayuda

Nombre de Niño:_____
Primer *Segundo* *Apellido*

Fecha de Nacimiento: __ __ /__ __ /__ __ __ __ ☐ Niño ☐ Niña El niño es ciudadano de los EE.UU? ☐ S ☐ N

Etnicidad ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Caucásico ☐ Hispano ☐ Otro _____

Seguro: ☐ CHIP ☐ CSHCN ☐ JPS Title V ☐ Medicaid ☐ Privado ☐ No cobertura

Sección 4: Información de Padres/Guardianes Legales

4A. Complete la siguiente información acerca de los padres/guardianes. Por favor indique cuál de los padres debe ser el contacto principal para su solicitud.

☐ Este padre/guardián es el contacto principal para esta solicitud

Relación al niño: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardián Legal ☐ Otro: _____

Nombre: _____
Primer *Segundo* *Apellido*

Información de Contacto: _____
Teléfono de Casa *Numero Celular* *Correo Electrónico*

Dirección: _____
Numero *Calle* *Apt.* *Cuidad* *Estado* *Codigo Postal*

Estado Civil: _____ Idioma: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro _____

Estado de Empleo: ☐ Desempleado ☐ Empleo de tiempo medio *(<35 horas/semana)* ☐ Empleo de tiempo completo *(35+ horas/semana)*

Empleador: _____

Ingreso Mensual antes de impuestos: $_____ Ingreso Mensual después de impuestos: $_____

☐ Este padre/guardián es el contacto principal para esta solicitud

Relación al niño: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardián Legal ☐ Otro: _____

Nombre: _____
Primer *Segundo* *Apellido*

Información de Contacto: _____
Teléfono de Casa *Numero Celular* *Correo Electrónico*

Dirección: _____
Numero *Calle* *Apt.* *Cuidad* *Estado* *Codigo Postal*

Estado Civil: _____ Idioma: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro _____

Estado de Empleo: ☐ Desempleado ☐ Empleado a tiempo parcial *(<35 horas/semana)* ☐ Empleado de tiempo completo *(35+ horas/semana)*

Empleador: _____

Ingreso Mensual antes de impuestos: $_____ Ingreso Mensual después de impuestos: $_____

Sección 5: Información Financiera

5A. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

5B. ¿El niño o los padres reciben cualquiera de los siguientes apoyos?

Manutención de niños	☐ No	☐ Sí	Cantidad por Mes: $_____._____
TANF	☐ No	☐ Sí	Cantidad por Mes: $_____._____
Estampillas de Comida/SNAP	☐ No	☐ Sí	Cantidad por Mes: $_____._____
Seguro Social de Retiro o Discapacidad	☐ No	☐ Sí	Cantidad por Mes: $_____._____
Desempleo	☐ No	☐ Sí	Cantidad por Mes: $_____._____
Ayuda con el pago de renta	☐ No	☐ Sí	
WIC	☐ No	☐ Sí	
Otro: _____	☐ No	☐ Sí	Cantidad por Mes: $_____._____

5C. Enumere sus facturas mensuales.

Rento/Pago de casa	$_____._____
Electricidad	$_____._____
Gas	$_____._____
Agua	$_____._____
Comida y abarrotes (ponga "0" si recibe estampillas)	$_____._____
Pago de carro	$_____._____
Seguro de carro	$_____._____
Gasolina de carro	$_____._____
Cuidado de niños	$_____._____
Teléfono celular	$_____._____
Internet	$_____._____
Suscripciones	$_____._____
Gasto de cosas personales	$_____._____
Seguro de salud	$_____._____
Pagos médicos por mes ($_____)	$_____._____
Pagos de tarjetas de Crédito por mes ($_____)	$_____._____
Prestamos por mes ($_____)	$_____._____
Otro (Especifica por favor): _____	$_____._____

Sección 6: Reconocimiento y Autorización

6A. Reconocimiento de Servicios de Financiación

Gill Children's Services Inc. ("Gill") es 501c3 caridad sin fines de lucro, es una fuente de financiación de último recurso que proporciona una red de seguridad para los niños del Condado de Tarrant, cuyas necesidades médicas, dentales, físicas, sociales, psicológicas y educativas no han sido satisfechas por otros recursos de la comunidad. Gill proporciona fondos sólo cuando se han agotado los recursos de la comunidad y de la familia. Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta, en nombre de sí mismo, y su esposo/esposa (si aplica) y el menor en cuyo beneficio financiación (todo el conjunto, " Receptor"), de la siguiente manera:

1. Gill está proporcionando financiación para el Receptor para obtener servicios de un proveedor de terceros y emitir el pago directamente a dicho proveedor de terceros. Fondos no serán pagados directamente al Receptor.
2. Gill no es responsable de la conducta de cualquier tercero proveedor que ofrece servicios al Receptor. El Receptor es el único responsable de la elección de utilizar tales terceros proveedores de servicios y por el curso del tratamiento que selecciona el receptor.
3. EN CONSIDERACIÓN POR EL FINANCIACIÓN QUE GILL ESTÁ PROPORCIONANDO AL RECEPTOR, CADA RECEPTOR Y SUS RESPECTIVOS HEREDEROS Y REPRESENTANTES PERSONALES, POR LA PRESENTE LIBERA GILL Y SU RESPECTIVO EMPLEADOS, OFICIALES, DIRECTORES Y AGENTES (COLECTIVAMENTE "LIBERADOS") DE CUALQUIERA Y TODAS LAS CAUSAS DE ACCIÓN, DEMANDAS, RESPONSABILIDADES O DAÑO QUE PUEDA AHORA O EN EL FUTURO SUFRIR EL RECEPTOR QUE SE RELACIONAN DE ALGUNA MANERA CON O SURGEN DE LOS SERVICIOS PARA LOS QUE GILL ESTÁ PROPORCIONANDO FINANCIACIÓN (LOS "SERVICIOS") Y ESTÉ DE ACUERDO (1) NO TRAER A CUALQUIER CAUSA DE ACCIÓN O RECLAMACIÓN DE CUALQUIER CLASE CONTRA CUALQUIER LIBRADOS QUE SURJA DE O ESTÉ RELACIONADA CON, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, LOS SERVICIOS, INCLUYENDO, SIN LIMITACIÓN, CUALQUIER LESIÓN O DAÑO A CUALQUIER PERSONA O PROPIEDAD COMO RESULTADO DE LOS SERVICIOS O DE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SE BASA EN LA NEGLIGENCIA UNICA, CONJUNTA O COMPARATIVA DE GILL; Y (11) DE ESTE RECONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE FINANCIACIÓN SERÁ UNA DEFENSA COMPLETA A, Y UN CONSENTIMIENTO PARA EL DESPIDO DE, CUALQUIER CAUSA DE ACCIÓN O RECLAMACIÓN INTERPUESTO CONTRA GILL EN CONTRAVENCIÓN DEL PRESENTE.
4. Esta Confirmación de financiación del servicio se regirá e interpretará de acuerdo con las leyes de Texas, y cualquier disputa entre Gill y el receptor debe y no puede ser llevada ante un tribunal de jurisdicción competente en el Condado de Tarrant, Texas.
5. El receptor ha leído cuidadosamente este Reconocimiento de Servicios de financiación, entiende su contenido y lo ha firmado, libre y voluntariamente, con pleno conocimiento de su contenido, y la persona que firma en nombre del hijo menor de edad es el padre o tutor legal de dicho niño, y autorizado a firmar en su nombre.

Padre/Guardian Firma	*En nombre del Menor (niño)*	*Fecha*

6B. Concedo el permiso de Gill Children's Services Inc. para usar un resumen del caso de mi hijo por cualquier y todos los efectos relacionados con la educación pública y / o promoción de servicios de Gill Children's Services. También doy permiso que Gill Children's Services pueda utilizar, publicar y mostrar o cualquier obra de arte creada por mi hijo para Gill Children's Services. Libero a cualquier y todos los derechos sobre las imágenes creadas y preparados. Libero a Gill de cualquier y todas las reclamaciones o responsabilidades derivadas de su utilización. También entiendo que una vez que se da a conocer la información del caso o de obras de arte, puede ser revelada por el destinatario o por Gill y la información no puede ser protegido por las leyes o reglamentos federales de privacidad. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a 555 Hemphill. Debo informarles de mi intención de revocar esta autorización. Entiendo que tal revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada por Gill Children's Services antes de la recepción de la revocación.

Padre/Guardian Firma	*En nombre del Menor (niño)*	*Fecha*