



## 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 es un fondo de último recurso que provee completa seguridad a los niños del condado de Tarrant. Niños que necesitan ayuda financiera en el área de médico, dental, física, social, psicológica y educacional.

## ¿Quién puede aplicar para la Escuela de Verano 2019?

Gill Children's Services ayuda a los niños como último recurso cuando se han agotado todos los otros recursos. Antes de aplicar, por favor determinar si su hijo cumple con los siguientes requisitos:

1. El estudiante debe ser de 0-18 años de edad
2. El estudiante debe ser residente del condado de Tarrant
3. El estudiante debe estar en la escuela media o secundaria
4. El estudiante debe tener un buen comportamiento y buena asistencia
5. El estudiante debe haber fallado clases necesarias para avanzar al siguiente grado
6. El estudiante no debe haber recibido ninguna ayuda de Gill Children's Services en el pasado
7. El estudiante no debe ser elegible para cualquier otro programa de asistencia

Si su hijo cumple con todos estos requisitos, puede solicitar asistencia con Gill Children's Services.

## Instrucciones de aplicación para la Escuela de Verano

La siguiente información puede ser enviada por fax a (817)332-6445 o por correo a 555 Hemphill Street, Suite 200, Fort Worth, TX 76104. La fecha límite para recibir su solicitud completa es a las 12:00PM del día antes del registro de la escuela de verano. Después de este tiempo, no se aceptarán aplicaciones. Gill debe recibir **LA TOTALIDAD** de los siguientes documentos para procesar su solicitud:

- Aplicación Completa
  - \*Formulario de Referencia *\*rellenado por el personal de la escuela*
  - Aplicación (paginas 1-4)
  - Reconocimiento y Autorización (página 5)
- Prueba de Ingresos (talón de cheques, carta de empleador, income tax, cartas de gobierno)

Tenga en cuenta que Gill Children's Services no proporciona reembolsos. El estudiante debe haber recibido una carta de aprobación antes de que Gill Children's Services será responsable del pago. Gill hará todo lo posible para notificar la personal de la escuela o los padres si una aplicación está incompleta.

Para preguntas, por favor llame:

Alex Estrada, Case Manager

(817) 332-5070 ext. 101

[aestrada@gillchildrens.org](mailto:aestrada@gillchildrens.org)



Referral Form: Summer School Tuition 2019

To be filled out by school staff members only

I recommend the following student for tuition assistance for the summer session of 2019.

Student Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

School District \_\_\_\_\_ Summer school registration date \_\_\_\_\_ First day of summer school \_\_\_\_\_

Parent Name \_\_\_\_\_ Parent Phone Number \_\_\_\_\_

Please list the classes that the student must take this session.

Class Name \_\_\_\_\_ \$ Tuition \_\_\_\_\_ Registration Fee \_\_\_\_\_

Class Name \_\_\_\_\_ \$ Tuition \_\_\_\_\_ Registration Fee \_\_\_\_\_

Class Name \_\_\_\_\_ \$ Tuition \_\_\_\_\_ Registration Fee \_\_\_\_\_

Explain why the student must attend summer school this session. Please include classes failed. \_\_\_\_\_

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

If in high school, does the student have the option to drop electives next year to make up the failed classes?

N/A  Yes  No: \_\_\_\_\_

Will the student be promoted if he/she successfully completes this summer session?  No  Yes

Did the student's absences cause the failure?  No  Yes Number of absences: \_\_\_\_\_

Was there an extenuating circumstance for the student's absences?  No  Yes Please describe: \_\_\_\_\_

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

Does the student have parental support or involvement?  No  Yes Comments: \_\_\_\_\_

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

Staff Name \_\_\_\_\_ Position \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_



### Escuela de Verano Asistencia 2019

#### Sección 1: Información de Servicio

- 1A. ¿Qué servicios está solicitando? Lista en orden de importancia.  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_
- 1B. ¿Cuál es el costo total del servicio que está solicitando? \$ \_\_\_\_\_  
¿Cuánto está capaz de contribuir al coste del servicio? \$ \_\_\_\_\_  
¿Qué cantidad está solicitando de Gill? \$ \_\_\_\_\_
- 1C. ¿Sabe usted quien proporcionará los servicios solicitados?  No  Sí: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*Dirección* *Teléfono* *Fax*
- 1D. Explique por qué usted está necesitando 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](http://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*
- 2E. Provea un contacto como una referencia (trabajador social, consejero de la escuela, administrador de casos)  
\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Organización* *Teléfono*
- 2F. En caso de que no podemos ponernos en contacto con usted, provea un amigo o familiar.  
\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Relación* *Teléfono*

### Sección 3: Información del Niño

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.

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Otro Apellido</i>
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña Fecha de Nacimiento: ___/___/____ El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____
Seguro: <input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> CSHCN <input type="checkbox"/> Otra salud/dental cobertura: _____

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Otro Apellido</i>
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña Fecha de Nacimiento: ___/___/____ El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____
Seguro: <input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> CSHCN <input type="checkbox"/> Otra salud/dental cobertura: _____

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Otro Apellido</i>
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña Fecha de Nacimiento: ___/___/____ El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____
Seguro: <input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> CSHCN <input type="checkbox"/> Otra salud/dental cobertura: _____

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Otro Apellido</i>
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña Fecha de Nacimiento: ___/___/____ El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____
Seguro: <input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> CSHCN <input type="checkbox"/> Otra salud/dental cobertura: _____

## Sección 4: Información de Padres/Guardianes

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 Otro Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Numero Calle Apt. Ciudad Estado Postal*

Información de Contacto: \_\_\_\_\_  
*Teléfono de Casa Numero Celular Correo Electrónico*

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idioma:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_  Desempleado  
*Empleador Dirección \$ Ingreso Mensual*

Este padre/guardián es el contacto principal para esta solicitud

Relación al niño:  Madre  Padre  Guardián Legal  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Primer Otro Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Numero Calle Apt. Ciudad Estado Postal*

Información de Contacto: \_\_\_\_\_  
*Teléfono de Casa Numero Celular Correo Electrónico*

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idioma:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_  Desempleado  
*Empleador Dirección \$ Ingreso Mensual*

**Sección 5: Información Financiera**

5A. ¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

5B. Enumere sus facturas mensuales.

Rento/Pago de Casa	\$ _____
Luz	\$ _____
Gas	\$ _____
Agua	\$ _____
Comida (ponga "0" si recibe estampillas)	\$ _____
Teléfono	\$ _____
Pago de Carro	\$ _____
Gasolina de Carro	\$ _____
Seguro de Carro	\$ _____
Cuidar de Niños	\$ _____
Personal/Compras de Casa	\$ _____
Tarjetas de Crédito por Mes (Balance: \$ _____)	\$ _____
Prestamos por Mes (Balance: \$ _____)	\$ _____
Facturas Medicas por Mes (Balance: \$ _____)	\$ _____
Otro (Especifica por favor): _____	\$ _____

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

Soporte de niños	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$ _____
TANF	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$ _____
SNAP/Estampillas de Comida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$ _____
Seguro Social de Retiro o Deseabilidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$ _____
Case de Gobierno	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
WIC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Otro: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$ _____

**Office Use Only**

Date received: \_\_\_\_\_

Missing documents: \_\_\_\_\_

Approved  Denied: \_\_\_\_\_ Initial: \_\_\_\_\_

Household ID #: \_\_\_\_\_ Client IDs#: \_\_\_\_\_

Known conflicts of interest with the applicant?  No  Yes: \_\_\_\_\_

## 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 registrará 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/Guardiana 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/Guardiana Firma*

\_\_\_\_\_  
*En nombre del Menor (niño)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*