

## Servicios al Cliente/ Para Ayuda Financiera

### Portada para la Solicitud

**\*\*COPIA DEL CLIENTE – FAVOR DE LEER, RETIRAR Y QUEDARSELA, ENTREGUE LA APLICACIÓN POR SEPARADO\*\***

ADRC administra fondos limitados para ayuda material. Para acceder a estos fondos:

- Por favor rellene la solicitud adjunta enfrente y atrás. Cualquier solicitud que sea recibida incompleta no puede ser procesada y se le regresara al cliente para completar.
- Entregue las solicitudes en: 1129 Colorado Ave. Atentamente: ADRC o por correo electrónico a [ADRC@htop.org](mailto:ADRC@htop.org).
- Si tiene alguna pregunta acerca de la solicitud por favor hable a la oficina al 970-248-2746, opción 3.
- Ya que sea revisada por el comité, un consejero de opciones le hablara sobre la decisión.

Información Sobre la Solicitud:

- Es **la responsabilidad del cliente** conseguir estimados para el servicio o el artículo que está pidiendo y adjuntarlo con la solicitud cuando la entreguen para ser considerada.  
**\*\*Solicitudes no pueden ser procesadas sin un estimado\*\***
- ADRC **No** ofrece servicios de emergencia. El proceso de la solicitud puede tomar una semana o mas si se requiere información adicional. Las solicitudes se revisan los viernes en la mañana.
- No hay garantía que se aprueben los servicios o la ayuda. La elegibilidad depende de los fondos disponibles, la necesidad de recibir cuidado, estado funcional, edad del cuidador (si hay uno), y los objetivos relacionados con la independencia. Se dará prioridad a los individuos con la mayor necesidad social y/o económica.
- Si son capaces, solicitantes pueden contribuir voluntariamente al costo de los servicios. No se les negaran servicios a los solicitantes por no poder contribuir a los costos del servicio

En este momento ADRC NO puede ayudar financieramente con lo siguiente:

- Reparaciones de carro, reparaciones a la casa, reparaciones al techo/piso, facturas médicas, medicamentos, facturas de servicios públicos, pases de autobús y facturas de teléfono.

**\*\*\*\*\*Todos los participantes tienen el derecho de hacer una queja formal. Lo puede hacer al contactar a La Agencia de Área sobre el Envejecimiento al 970-248-2717 o La Unidad Estatal Sobre el Envejecimiento al 303-866-2800. \*\*\*\*\***





## ADRC of Mesa County

### Servicios al Cliente/ Solicitud Para Ayuda Financiera

La información coleccionada en esta aplicación es requerida por la Ley de Estadounidenses Mayores / El Proyecto NAPIS con el fin de que nuestro programa siga recibiendo fondos. Por favor llene este formulario completamente (enfrente y atrás). Gracias por su cooperación.

**Nombre del Cliente :** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre) (Apodo)

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal :** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal** (si es diferente de la de arriba): \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal :** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Raza/Etnicidad:**

- Afroamericano/a
- Hispánico/Latino
- Indígena americano/Nativo de Alaska
- Blanco/a
- Asiático o asiático estadounidense

**Estado Civil:**

- Casado/a
- Soltero/a
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Otro/a

**Empleo:**

- Empleado/a
- Medio Tiempo
- N/A / Retirado/a

**Idioma Preferido:**

\_\_\_\_\_

**¿Es un Veterano/a?:**

- Si
- No

**Esposa/o de un Veterano/a?:**

- Si
- No

**Nombre del Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Numero de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Nombre de su Doctor Primario:** \_\_\_\_\_ **Numero de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**¿Con quién Vive?:**

- Vive Solo
- Vive con esposo/a
- Vive con otros familiares
- Vine con gente que no es familia

**¿Dónde Vive?:**

- Casa propia
- Alquila casa/apartamento
- En la casa de un familiar
- Centro de Cuidados a Largo Plazo

- Vivienda Subsidiada/Comunidad de Ansianos
- Casa de Grupo
- Vagabundo/a
- Otro (Por Favor descríballo)

**¿Tiene alguna discapacidad o enfermedad que afecta su vida diaria? Seleccione todas las que apliquen**

- Demencia
- Discapacidad física
- Discapacidad de desarrollo
- Enfermedad mental
- No Discapacidad
- Lesión al cerebro traumática
- Discapacidad no especificada
- Discapacidad desconocida
- Varias discapacidades

¿Qué tipo de servicios o materiales está solicitando? \_\_\_\_\_

Por Favor explique en detalle porque necesita esta ayuda:

**Ingresos Mensuales del hogar:**

Fuente de Ingresos:	Cantidad Mensual (Bruto)	Fuente de Ingresos:	Cantidad Mensual (Bruto)
Retiro del Seguro Social (SA)	_____	Beneficios para Veteranos /Pensión	_____
Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI)	_____	Retiro/Pensión	_____
Ingresos des discapacidad del Seguro Social (SSDI)	_____	Empleo (tiempo complete/medio tiempo)	_____
Pensión por Edad Avanzada (OAP)	_____	Beneficios de Desempleo	_____
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	_____	Asistencia de Comida (Estampillas)	_____
Ayuda para los discapacitados necesitados (AND)	_____	Otra Fuente de Ingresos	_____

**¿Recibe Medicare?** Si  No**¿Recibe Medicaid?** Si  No**¿Utiliza algún dispositivo de ayuda?** Si  No

Si si ¿cuáles?

**¿Tiene problemas de la vista?** (¿que no se puedan corregir con anteojos?)  Si  NoCaminadora  BastónSilla de ruedas  Motoneta eléctrica Muletas  Otro**Gastos Mensuales del hogar:**

Alquiler/Hipoteca: \_\_\_\_\_ Alquiler de traila/lote: \_\_\_\_\_ Agua/Drenaje: \_\_\_\_\_ Gas/Electricidad: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Seguro Médico (suplementario no Medicare/Medicaid): \_\_\_\_\_  
 Seguro de Vida: \_\_\_\_\_ Pagos del Carro: \_\_\_\_\_ Seguro de Carro: \_\_\_\_\_  
 Copagos Médicos: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_ Comida (no incluyendo estampillas): \_\_\_\_\_  
 Otros gastos mensuales: \_\_\_\_\_

**Cuanto puede contribuir al costo de los servicios?:** \_\_\_\_\_**Solo Para la oficina o administradores de casos:**

Me puedo bañar sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Puedo administrar dinero sin ayuda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Me puedo vestir sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Puedo encargarme de las compras sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Puedo moverme por mi casa sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Puedo tomar mis medicamentos sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Puedo usar el inodoro sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Puedo preparar comidas sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		Puedo hacerlas las tareas domésticas habituales sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Puedo comer sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Puedo usar el teléfono sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Puedo subir y bajar de la cama/silla sin ayuda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Puedo usar transporte sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Al firmar abajo, entiendo y reconozco lo siguiente:**

-La información de esta aplicación es usada para determinar elegibilidad y servicios a través de ADRC de Hilltop.

-Entiendo que yo soy responsable de elegir a un proveedor.

-ADRC de Hilltop no es el empleador registrado y no licencia, certifica, conduce una verificación de antecedentes criminales o de alguna otra manera controla los proveedores y no es responsable por el cuidado, calidad del cuidado servicios.

-Autorizo que ADRC de Hilltop libere información de salud protegida de esta aplicación solo como se relacione a mi tratamiento, pago, provisiones de servicio, y/o cuidado.

Por favor firme, ponga la fecha en la aplicación y regrésela a ADRC de Hilltop, a 1129 Colorado, Grand Junction, CO 81501 o envíela por correo electrónico a ADRC@htop.org. Si tiene alguna pregunta sobre la aplicación por favor hable a nuestra oficina al 970-248-2746, opción 3.

\_\_\_\_\_  
(Nombre)\_\_\_\_\_  
(Fecha)\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona que ayudo a llenar la aplicación)\_\_\_\_\_  
(Fecha)