

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.
- 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 descríbalos)

¿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 No
Caminadora **Silla de ruedas** **Muletas**
Bastón **Motoneta eléctrica** **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 comer 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 subir y bajar de la cama/silla 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 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)