



Georgia Transplant Foundation

Enriching Lives Everyday

Proporcionando esta información no afectará de manera negativa en la consideración de los servicios de GTF

IIFORMACION DEL CLIENTE

Nombre		Inicial		Apellido	
Direction				Numerous de department	
Ciudad		Estado		Código Postal	Condado
Teléfono		Celular		Correo electrónico	
___ Masculino	___ Femenino	Estado Civil		Nombre de Conyugue	
Fecha de Nacimiento		Edad	Número de Seguro Social		Número De Integrantes en el Hogar
Número de Niños en el Hogar					

INFORMACION DEMOGRAFICA

Centro de Trasplante		Fecha de Trasplante		Órgano	
Seguimiento Del Cuidado					
Origen Étnico Opcional (Por favor verifique): ___ Latino ___ Africano Americano ___ Blanco-no Latino ___ Asiático Americano ___ Asiático-Isla del Pacífico ___ Nativo Americano ___ Otro					
Nivel de Educación Opcional (Por favor verifique) ___ GED, ___ Años de asistencia a High School (número de años ___), ___ Graduado de High School, ___ Certificado Técnico / Diploma, Universidad (número de años ___), ___ Asociados, ___ Bachilleratos, ___ Masteries, ___ Doctorates					
Fuente de Ingresos Actual: (Por favor verifique) ___ Trabajo de Tiempo Completo ___ Con Beneficios ___ Trabajo de Medio Tiempo ___ Con Beneficios, ___ Pensión de Retiro, ___ Ingresos por Trabajo de su Conyugue, ___ Ingresos de los Padres, ___ Retiro de Seguro Social ___ Incapacidad de Seguro Social (SSDI), ___ Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI)					
Estatus de Trabajo (Por favor verifique): ___ Trabajo Actual, Nombre del Empleador ___ Incapacidad Médica ___ Retirado, ___ Desempleado					
Fecha					
Fuente de Cobertura de Seguro Médico: (Por favor verifique todo lo que corresponda) ___ Seguranza ___ Seguranza de Conyugue ___ Seguranza de Padres ___ Medicare ___ Medicaid ___ QMB Medicad ___ Spend-down Medicaid ___ COBRA					

Señale todos los que corresponda

- Recipiente Candidato Donador de Vida Cliente de Jump Start Participante de la Conferencia de Bienestar Participante de Talleres Proyecto de Mentor con Mentor GTF Voluntario_ Miembro de Mesa Directiva

Como Supe de Los Servicios de GT _ Página de Internet _____

Miembro de GTF Nombre _____ Voluntario de GTF Nombre _____

_Miembro del Centro de Trasplante _____

APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA 2011

No deje ningún espacio en Blanco

Activos

CUENTAS		AUTOMOVILES
CUENTA DE CHEQUES	\$ _____	AÑO _____ AÑO _____
AHORROS	\$ _____	MODELO _____ MODELO _____

Hogar Todas las personas viviendo en su hogar incluyendo niños, adultos, o menores. No relacionados con los miembros del hogar, padres, nietos, hermanos, inquilinos, etc.

Ingresos: Cantidad de total de sueldo o ingreso por trabajo, intereses, dividendos e ingresos por rentas, retiro de Seguro Social, ingreso por incapacidad de SS, Ingreso Complementario de Seguridad, sustento de niños, Asistencia Pública, TANF, estampillas de comida, Asistencia Financiera Familiar, Ingreso por hijos que trabajen, papás, hermanos, etc. que vivan en el hogar.

Gastos: Total de gastos mensuales en el hogar. Renta-Hipoteca, comida, gastos varios, cargos de teléfono, teléfono básico, celular, pagos de tarjeta de crédito, cantidad total de deudas adquiridas.

INGRESO NETOMENSUAL DEL HOGAR

SUELDO (neto)	\$ _____
SOC.SEC.(SSDI, SSI)	\$ _____
INCAPACIDAD ADICIONAL	\$ _____
PENSION	\$ _____
INGRESOS DE CONJUQUE	\$ _____
INGRESOS DE OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA	\$ _____
TANF	\$ _____
OENSION DE VETERANO	\$ _____
INGRESOS POR RENTAS	\$ _____
INGRESOS POR RETIRO	\$ _____
DIVIDENDOS	\$ _____
OTRO ESPECIFIQUE)	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
<u>TOTAL DE INGRESOS MENSUAL</u>	\$ _____

GASTOS MENUSALES DEL HOGAR

RENTA* <input type="checkbox"/> HIPOTECA* <input type="checkbox"/>	\$ _____
COMIDA	\$ _____
UTILIDADES	\$ _____
TELEFONO	\$ _____
GAS & ELECTRICIDAD	\$ _____
TELEFONO CELULAR	\$ _____
AGUA	\$ _____
TRANSPORTACION	\$ _____
PAGO DE AUTOMOVIL	\$ _____
GASOLINA	\$ _____
GASTOS MEDICOS	\$ _____
HONORARIOS MEDICOS	\$ _____
PAGOS DE HOSPITAL	\$ _____
MEDICAMENTOS	\$ _____
SEGURO DENTAL	\$ _____
SEGURO	\$ _____
MEDICO	\$ _____
DE VIDA	\$ _____
AUTOMOVIL	\$ _____
TARJETAS DE CREDITO	\$ _____
TARJETA(PAGO MENSUAL)	\$ _____
TARJETA PAGO Mensual)	\$ _____
DEPARTMENT STORES	\$ _____
OTHER _____	\$ _____
<u>TOTAL DE GASTOS MENSUALES</u>	\$ _____

Yo autorizo que esta información sea liberada entre GTF y mi centro de trasplante u otras partes relacionadas para verificar la información concerniente a esta petición. Yo acepto ser ingresado a la base de GTF para futuros correos

FIRMA DEL APLICANTE FECHA

*Si usted no está pagando renta o hipoteca por favor explique _____

**Si sus gastos mensuales son mayores que su ingreso mensual por favor explique cómo está pagando sus cuentas cada mes: _____

Nombre del Paciente _____

Cheque(s) Pagables a: (Escriba una lita del beneficiario y adjunto los documentos de soporte)

- 1. _____ Cantidad\$ _____
- 2. _____ Cantidad\$ _____
- 3. _____ Cantidad\$ _____

Cantidad total solicitada: \$ _____

Trabajador Social /Declaración del Coordinador:

(Por favor documente toda la información adquirida creando la necesidad y sus recomendaciones)

Es apropiado referir a éste individuo al programa de JumpStart? _____

Coordinador / Trabajador Social _____ Fecha _____

Nombre del Centro _____ Teléfono _____ Pager _____

+Cheques serán pagaderos a las Compañías mencionadas arriba y enviadas al aplicante a no ser que esté establecido de otra manera

+Por favor recuerde de completar apropiadamente las formas de autorización, si es necesario para la solicitud e incluya la documentación de soporte.