

SOLICITUD DE ASISTENCIA

| | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| Nombre: _____ | Fecha de hoy: _____ |
| Nombre del apartamento: _____ | Fecha de nacimiento (M/D/Y): _____ |
| Dirección del apartamento: _____ | Número de apartamento: _____ |
| Ciudad, Estado, Zip: _____ | Teléfono del solicitante: _____ |
| Correo electrónico: _____ | |

Por favor, marque con un círculo los servicios necesitados: **Cuidado dental** / **Cuidado de la Vista** / **Gafas/Anteojos** / **Audifonos**

| Renta | <i>Mensual</i> | Activo | <i>Valor total</i> |
|-----------------------------|-----------------|-------------------------|--------------------|
| Seguridad social | \$ _____ | Casa | \$ _____ |
| Pensiones, IRA, etc. | \$ _____ | Otra propiedad | \$ _____ |
| Fideicomisos, Otros | \$ _____ | Seguro de vida | \$ _____ |
| Administrador de veteranos. | \$ _____ | Inversiones | \$ _____ |
| Familia | \$ _____ | Ahorros | \$ _____ |
| Salarios de trabajo | \$ _____ | Dinero que se me debe | \$ _____ |
| Otro: _____ | \$ _____ | Otro: _____ | \$ _____ |
| Ingresos totales: | \$ _____ | Activos totales: | \$ _____ |

Gastos Mensuales

| | |
|--------------------------|-----------------|
| Alquiler del apartamento | \$ _____ |
| Comida | \$ _____ |
| Transporte | \$ _____ |
| Utilidades | \$ _____ |
| Medicamentos | \$ _____ |
| Otro | \$ _____ |
| Gastos totales: | \$ _____ |

Por favor, compruebe su tipo de vivienda

___ Cuidado a largo plazo/Vida Asistida

___ Apartamentos Independientes

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si el adulto mayor no puede firmar por sí mismo:

| | | |
|-------------------|---------------------------|-----------------|
| Firma: _____ | Fecha: _____ | Relación: _____ |
| Teléfono #: _____ | Correo electrónico: _____ | |

Dirección: _____

Por favor, envíe la solicitud por correo a 721 N Main St #106 Layton, UT 84041 o enviar un correo electrónico a Antoinette@SeniorCharityCare.org

Preguntas demográficas requeridas para 2024

Nombre : _____

P. ¿Cuál es su sexo? Hombre Mujer

Q. ¿Tienes transporte? Ninguno Yo familia empresa de transporte

Q. ¿Cuál es su estado civil? Soltera(o) casada(o) divorciada(o) viuda(o)

Q. ¿Eres un veterano? Sí No

P. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de la escuela que ha completado?

- No completó la escuela secundaria
- Graduado de la escuela secundaria - diploma de escuela secundaria o el equivalente (GED)
- Licenciatura (por ejemplo: BA, AB, BS) o superior
- No reportado o Desconocido

P. ¿Cuál es su ingreso familiar anual total?

Si es soltero:

- Menos de \$12,888
- US\$ 12,889-17,130
- US\$ 17,131-19,320
- US\$ 19,321-25,760

Si está casado:

- Menos de \$17,420
- \$17,421 - \$23,169
- US\$ 23,170-26,130
- US\$ 26,131-34,840

Q. ¿Tienes algún seguro dental? Sí *Por favor enumere:* _____

Q. ¿Tiene Medicaid? Sí Numero de Medicaid: _____ No

Q. ¿Tiene Medicare? Sí Numero de Medicare: _____ No

Q. ¿Tiene una discapacidad? Sí *en caso afirmativo, marque el tipo a continuación:*

- Dificultad ambulatoria Dificultad auditiva Dificultad cognitiva
- Dificultad de Vida independiente Dificultad Autocuidado Dificultad de vista
- Otro:

Q. ¿Cuál es su origen étnico o raza? Por favor, marque todo lo que corresponda.

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hispano o Latino
- Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico
- Blanco/caucásico
- Dos o más razas
- No reportado o Desconocido

Q. ¿Cuál es su idioma principal?

Español Inglés Otro: _____