



Solo para uso interno  
\_\_PD \_\_AL \_\_OD \_\_DM

### 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**

<b>Renta</b>	<i>Mensual</i>	<b>Activo</b>	<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:	_____ \$
<b>Ingresos totales:</b>	<b>\$ _____</b>	<b>Activos totales:</b>	<b>\$ _____</b>

#### Gastos Mensuales

Alquiler del apartamento	\$ _____
Comida	\$ _____
Transporte	\$ _____
Utilidades	\$ _____
Medicamentos	\$ _____
Otro	\$ _____
<b>Gastos totales:</b>	<b>\$ _____</b>

**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 seniorcharitycarefoundation@gmail.com**

## Preguntas demográficas requeridas para 2022

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: \_\_\_\_\_

Q. ¿Tiene Medicare?  Sí Numero de Medicare: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_