



Solicitud de Fondos Individual y Familiar

“Apoyar la salud y bienestar de toda la gente de nuestras comunidades de servicio.”

La Fundación de CHN está disponible para ayudar a niños, adultos, y familias quienes han recibido un diagnóstico de un problema grave médico, dental, o de salud mental y que les faltan los recursos económicos para tratarlo médicamente. Esta Fundación proporciona apoyo mediante fondos para ayudarle cuándo por medio de una enfermedad se presentan cambios de vida extremos. Algunos de los fondos incluyen:

Fondo para Niños: Lucille Schultz Caring for Kids Fund proporciona asistencia financiera a niños y a sus familias cuándo tienen dificultades económicas debido a problemas médicos graves.

Fondo para Adultos: Michael D. Chier Memorial Fund proporciona asistencia financiera y servicios de apoyo para los adultos quienes tienen problemas graves medicos.

Helping Hands for Cancer Fund proporciona asistencia financiera y servicios de apoyo a personas quienes han recibido un diagnóstico de cáncer.

¿Quiénes pueden solicitar los fondos? Residentes de la región del servicio de Community Health Network están elegibles a solicitarla.

Los códigos postales del area de servicio

Almond.....54909	Green Lake.....54941	Omro.....54963	Randolph.....53956
Berlin.....54923	Hancock.....54943	Oxford.....53952	Redgranite.....54970
Brandon.....53919	Kingston.....53939	Packwaukee.....53953	Ripon.....54971
Cambria.....53923	Manchester.....53945	Pickett.....54964	Saxeville.....54976
Coloma.....54930	Markesan.....53946	Pine River.....54965	Waukau.....54980
Dalton.....53926	Marquette.....53947	Plainfield.....54966	Waupaca.....54981
Eureka.....54934	Montello.....53949	Poy Sippi.....54967	Wautoma.....54982
Fairwater.....53931	Neshkoro.....54960	Princeton.....54968	Westfield.....53964
			Wild Rose.....54984

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

La Fundación de CHN se basa en la Política de Seguridad de Información de CHN. La Fundación de CHN pediría permiso a las familias que reciben ayuda para usar su nombre o información en historias que promueven la Fundación de CHN.

Solicitud – Favor de escribir con letra de molde

Nombre de Solicitante/Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Email: _____
Patrón: _____ Trabajo actual: _____
Nombre del cónyuge (esposo/a): _____ Trabajo actual: _____
La Persona Responsable, Tutor o Apoderado _____
Dirección: _____
Número de personas que viven en el hogar: _____ ¿Cuántos son sus dependientes? _____
Escriba el nombre y la edad: _____
Escriba el nombre y la edad: _____
Escriba el nombre y la edad: _____
Escriba el nombre y la edad: _____
Escriba el nombre y la edad: _____
Escriba el nombre y la edad: _____

Información Médico

*Favor de describir el problema medico/diagnóstico, o necesidades dentales o de salud mental. **Acuérdese, la posibilidad de que podemos ayudarle depende en la información dada.** (Si necesita más espacio para escribirlo, favor de adjuntar una carta escrita.)*

Doctor del paciente: /Dentista: _____ Teléfono: _____
¿Dónde recibe el paciente los servicios de atención médica o dental? _____

Petición de Fondos

Favor de decir lo que solicita, y la cantidad que solicita. (Proveer copias de los gastos y/o los recibos y/o la estimación de costos del servicio.)

_____ Tratamiento medico, dental o de salud mental \$ _____
_____ Costos de Transportación a y desde las citas o tratamientos \$ _____
_____ Hospedaje y comida mientras está recibiendo atención médica fuera del pueblo \$ _____
_____ Equipaje especial o provisiones necesarios para cuidado y tratamiento \$ _____
_____ Servicios de apoyo para otros miembros de la familia \$ _____
_____ Asistencia económica, por ejemplo el costo de medicamentos \$ _____
_____ Primas de seguro de salud \$ _____
_____ Otra asistencia como sea necesario (describela) \$ _____
_____ \$ _____

(Si necesita más espacio, favor de adjuntar una historia escrita que explica la solicitud de fondos.)

¿Cuáles otros recursos económicos tiene el paciente para satisfacer esta necesidad?

_____ Seguro Médico Privado
_____ La Iglesia, grupos de servicio, escuela, fondo de beneficio
_____ Asistencia médica pública
_____ Otro _____
_____ Familia, amigos
_____ Nada de estos

¿Ha solicitado a la Fundación de CHN antes? Sí No

Si contesta "sí", ¿Cuándo?: _____

¿Ha solicitado al fondo **CHN Community Care**? Sí No

Si contesta "sí", ¿Cuándo?: _____

Fuentes de Ingreso Mensual

Paciente/Esposo(a) de Solicitante

Ingresos de Sueldo (Paychecks) \$ _____ \$ _____
Ingresos de Seguridad Social \$ _____ \$ _____
Ingresos de Pensiones \$ _____ \$ _____
Ingresos de Asistencia Pública \$ _____ \$ _____
Ingresos de Apoyo de Hijos \$ _____ \$ _____
Ingresos de Desempleo/Indemnización a empleados \$ _____ \$ _____
Ingresos de Propiedad de Alquiler \$ _____ \$ _____
Otros recursos (especifíquelos): \$ _____ \$ _____

La Fundación de CHN necesitará verificación de ingresos y pediría otra información económica.

Declaración de Bienes

¿Es dueño de una casa? Sí No ¿Qué es el valor actual del mercado? _____
¿Tiene un saldo de hipoteca? Sí No ¿Cuánto debe? _____
¿Es dueño de una propiedad de alquiler? Sí No ¿Qué es el valor actual del mercado? _____
¿Tiene un saldo de hipoteca? Sí No ¿Cuánto debe? _____
¿Es dueño de otra propiedad? Sí No ¿Qué es el valor actual de mercado? _____
¿Tiene un saldo de hipoteca? Sí No ¿Cuánto debe? _____
¿Es dueño de una empresa? Sí No ¿Qué es el valor actual de mercado? _____
¿Qué tipo de empresa es? _____
Inventarios menos endeudamiento: _____
¿Hay derechos de retención contra cualquier de las propiedades anotadas arriba? Sí No
Favor de escribirlos: _____

Una copia del estado(s) de impuestos propietarios mas recientes pudiera ser requerida.

Efectivo y Cuentas de Depósito

¿Tiene una cuenta de ahorros? Sí No
¿Qué es el saldo de esta cuenta? \$ _____
Nombre del Banco/Unión de Crédito: _____
¿Tiene una cuenta corriente? Sí No ¿Qué es el saldo de la cuenta? \$ _____
Nombre del Banco/Unión de Crédito: _____
¿Tiene Certificados de Depósito (CD's)? Sí No
Si contesta "sí", anote el valor(es) de cada uno: \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
¿Tiene un Cuento de Retiro Individual (IRA), Keogh, Acciones, y Bonos? Sí No
Si contesta "sí", anote el valor(es) de cada uno: \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
¿Tiene una póliza de seguros de vida? Sí No ¿El valor en efectivo? \$ _____

Vehículos/ Propiedad Personal

Marca/Año	Saldo del préstamo	Valor estimado
Auto/Camión _____	\$ _____	\$ _____
Auto/Camión _____	\$ _____	\$ _____
Auto/Camión _____	\$ _____	\$ _____
Snowmobile _____	\$ _____	\$ _____
Bote/Motor _____	\$ _____	\$ _____
Motocicleta/Motoneta _____	\$ _____	\$ _____
Motor Home (Casa móvil)/Camper _____	\$ _____	\$ _____
Otro (especifíquelos) _____	\$ _____	\$ _____

Gastos Mensuales

Renta _____ Teléfono _____ Celular _____
Electricidad _____ Aqua/Alcantarillado _____ Calefacción _____
Apoyo de hijos _____ Internet _____ Cable _____

A quién (la compañía) paga el balance de pago mensual

Hipoteca _____	\$ _____	\$ _____
Auto _____	\$ _____	\$ _____
Auto _____	\$ _____	\$ _____
VISA/Mastercard _____	\$ _____	\$ _____
Tarjeta de Crédito _____	\$ _____	\$ _____
Tarjeta de Crédito _____	\$ _____	\$ _____
Otros préstamos _____	\$ _____	\$ _____

(Adjunte otra hoja si tiene otros gastos mensuales.)

Ha vendido una propiedad (bienes raíces, acciones, bonos, ahorros, etc.) en los últimos 6 meses?

Sí No Si contesta "sí", favor de decirnos el valor de la propiedad vendida: _____

Autorización/ Permiso y Verificación

Por firmar abajo, le autorizo y doy permiso a la CHN Foundation verificar cualquier información que he dado en esta solicitud en la determinación de mi elegibilidad y la verificación/prueba de mi residencia.

Entiendo que si el pedido está en exceso de \$500, debo proveer VERIFICACIÓN ESCRITA de mi ingreso antes de la determinación de mi elegibilidad en esta solicitud. _____ La información que he dado en esta solicitud en mi conocimiento es correcta y representa verdaderamente mi estatus económico actual.

¿Quién le envió a la CHN Foundation? _____

(Nosotros quizás contactaríamos a su médico, trabajador social, o consejero para obtener más información.)

Firma de Paciente/Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma de Persona Responsable: _____ **Fecha:** _____

(Si es menor que 18 años, o apoderado)

Favor de devolver la solicitud a:

CHN Foundation
225 Memorial Drive, Berlin, WI 54923

¿Preguntas?

Llame (920) 361-6524 o
(800) 236-1283 ext. 6524
www.chnwifoundation.org