

 **BENDICIÓN DE NUESTROS HIJOS**

Aplicación Financiera

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOLICITANTE**  |   |   |
| Apellido  |   | Nombre  |   |   | M.I.  |   |
| Dirección de la calle  |   |   |   | Apartamento/unidad #  |   |
| Ciudad  |   | Estado  |   |   |   | ZIP  |   |
| Teléfono  |   | Dirección de correo electrónico | s  |   |   |
| Nombre de niño:  |   | Fecha de nacimiento:  |   |   | Fecha de muerte:  |   |
| Diagnóstico primario:  |   |   |   |
| Identificar brevemente las necesidades:  |   |   |   |
|   |   |   |
| Forma completada por: (Si no es solicitante)  |   |   |   |
| Dirección:  |   |   |   | Teléfono:  |   |
| **APOYO FINANCIERO**  |   |   |
| Monto total solicitado en orden de prioridad (por favor adjuntar facturas)  |   |   |
| Proveedor de servicios:  |   |   |   | Cantidad:  | $  |
| Proveedor de servicios:  |   |   |   | Cantidad:  | $  |
| Proveedor de servicios:  |    |   |   | Cantidad:  | $  |
| Proveedor de servicios:  |   |   |   | Cantidad:  | $  |
| Proveedor de servicios:  |   |   |   | Cantidad:  | $  |
|   |   |   |
| **DECLARACIÓN DE LA RENTA**  |   |   |
| **Fuente de ingresos:**  |   |   |
| Sueldo/salario:  | $  | Salario de cónyuge: |  | $  |   |
| Pensión:  | $  | Pension de cónyuge: |  | $  |   |
| Seguridad social:  | $  | Seguridad Social de cónyuge:  |   | $  |   |
| Discapacidad:  | $  | Disacapacidad de cónyuge: |   | $  |   |
| Compensación de desempleo:  | $  | Desepleo de cónyuge: |  | $  |   |
| Manutención de menores:  | $  | Manutención de menores de cónyuge: |  | $  |   |
| Ahorros, acciones, CDs, bonos, etc..  | $  | Ahorros de cónyuge CDs, bonos, etc.  |   | $  |   |
| Otros:  | $  | Otro cónyuge: |  | $  |   |
| **Total de ingresos de ambos:**  | $  |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **OTRA INFORMACIÓN**  |
| Por favor, conteste las preguntas a lo mejor de su capacidad  |
|         ¿ 1. se han explorado otros recursos para satisfacer las necesidades identificadas? En caso afirmativo, sírvase identificar.  |
|   |
|   |
|   |
|   |
|         2. ¿Cómo es el niño del cuidado del brezo pagado? (Medicare, Medicaid, pago privado, etc.)  |
|   |
|   |
|   |
|   |
|         3. describa brevemente la situación del solicitante (tamaño de la familia, las edades de miembros de la familia, empleo, estado civil, etc.) |
|   |
|   |
|   |
|   |
|         4. cualquier otra información que desea incluir: |
|   |
|   |
|   |
|   |
| \*\* Una vez que la aplicación está completa, por favor firme y feche a continuación antes de enviar una de las maneras siguientes:  |
| 1.) correo electrónico: ourchildrensblessing@gmail.com 2.) fax: 806.358.3661 atención: bendición de nuestros 3.) correo: la esperanza y curación lugar Attn: Bendición de nuestros hijos  P.O. Box 1101 Amarillo, TX 79015 |
| Firma:  | Fecha:  |

Página 2 de 2



**Original**

3.)Mail to: The Hope & Healing Place