

# De Cliente \_\_\_\_\_  
 (Para uso de oficina solamente)



**APLICACION PARA ASISTENCIA DEL FONDO REMEDIADOR DE NIÑOS**

**1. Hijo/a(s) que necesitan ayuda:**

Nombre	Grado	Fecha de nacimiento	Escuela

2. \_\_\_\_\_

**Nombre(s) de Padre/Tutor**

**Dirección**

**# de Teléfono**

**3. Por favor indique un presupuesto del costo para el Servicio Requerido.**

Servicio	Servicios Requerido <small>Marcar con una Flecha</small>	Hijo/a	Presupuesto Del Costo	Nombre del Médico/ Proveedor
<b>Examen de Ojos:</b>				
<b>Anteojo (lentes):</b>				
<b>Examen Dental:</b>				
<b>Servicio Dental:</b>				
<b>Prescripción: <i>Que Tipo</i></b>				
<b>Tratamiento Médico</b>				
<b>Ropa:</b> <b>Tenis/Zapatos</b> <b>Ropa Exterior de Invierno</b>	-----	-----	-----	

**4. ¿Recibe su hijo(s) Almuerzo Gratis o Reducido en la Escuela? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Si la respuesta de la pregunta #4 fue si, pase a la pregunta #6 **a menos** que haya cambios significantes en sus ingresos.

# De Cliente \_\_\_\_\_

(Para uso de oficina solamente)

\*Tiene que Completar pregunta 5 solo si está aplicando para asistencia por la Clínica de Owatonna-Mayo Health Systems.

**5. Indique la fuente y cantidad de ingresos actuales antes de deducciones, como impuestos y seguro social. Si usted tiene otra fuente de ingresos, por favor indique el total que recibe.**

	Cabeza de Familia Semanal	Cabeza de Familia Mensual	Otro (explique) Semanal	Otro (explique) Mensual
Ingresos/Salario				
Seguro Social				
Asistencia Pública (Welfare)				
Desempleo				
Child Support (Pensión alimenticia)				
Pensión o Jubilado				
Otro				
<b>INGRESO TOTAL <u>FAMILIAR</u></b>				

Use este espacio para añadir otra información importante.

**ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL. Su firma nos permite comunicarnos de su parte con otros proveedores de cuidado con quien usted se ha registrado para recibir asistencia. Negarse a dar su consentimiento para que podamos comunicarnos con otras agencias, puede limitar la asistencia que reciba usted o su familia de parte del CRF. La agencias a las que usted da su permiso de poder comunicarnos son las siguientes:**

Agencias están permitiendo que la CRF se comuniquen con los Siguietes:

\_\_\_\_\_

Le informaremos lo mas pronto posible si usted califica o no para recibir asistencia del CRF.

6. \_\_\_\_\_  
**Fecha completada**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padres/Tutor**

\*\*\*\*\*

Favor de completar este formulario y grégelo a: Susanne Schroeder, Children’s Remedial Fund  
Owatonna Middle School , 500 15th Street NE, Owatonna, MN 55060

(Para uso de oficina solamente)

\_\_\_\_\_  
Date eligibility verified/ phone

\_\_\_\_\_  
Signature of person verifying information

Date reviewed \_\_\_\_\_

Application approved \_\_\_\_\_

Application denied \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_