

# 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
Examen de Ojos:				
Anteojo (lentes):				
Examen Dental:				
Servicio Dental:				
Prescripción: <i>Que Tipo</i>				
Tratamiento Médico				
Ropa: Tenis/Zapatos Ropa Exterior de Invierno	-----	-----	-----	

### 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 FAMILIAR</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 Siguyentes:

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 regréselo a: Aracely Flores, Director, 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: \_\_\_\_\_