

Ref: _____

Servicios de Salud y Discapacidad

Solicitud de Asistencia

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
Esposo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
Numero de Seguro Social _____ Telefono _____
Direccion _____
Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Alguna vez ha recibido ayuda de este organism antes? _____
Tipo de enfermedad o lesion: _____

Servicio necesario: _____
Las Recetas Necesarias: _____

Nombre del Medico _____ Fecja de la visita _____

Composicion de la Familia: Nombres, edad, relacion.

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relacion</u>

Notas: _____

Lugar de Trabajo: _____ Salarios: _____

El empleo del esposo _____

Recursos Financieros:

Salarios _____ Jubilacion _____ AFDC _____
SS _____ Pensiones _____ Cupones de Alimentos _____
SSI _____ Beneficios de Desempleo _____ Otros _____
VA _____ Remuneración de los Trabajadores. _____
Banco _____ Comprobacion _____ Ahorro _____
Los Ingresos Totales \$ _____

Los Gastos Mensuales:

Alquiler\$ _____ Hipoteca \$ _____ No Hipoteca _____
Casa, Auto, Seguro de Vida _____
Automovil: Hacer _____ Modelo _____ Pago _____
Electrica\$ _____ TV Cable _____ Agua _____ Telephone\$ _____
Alimentos _____ Medicina _____ Medico _____ Hospital _____
Otros _____ Total de Gastos Mensuales\$ _____

Declaración de entendimiento "

Como solicitante de la ayuda financiera, certifico que voy a proporcionar toda la información respecto a los ingresos, los recursos financieros, bienes y gastos. Yo entiendo que la Salud y Servicios de Minusválido usará todos los medios posibles, incluyendo acciones legales, para recuperar cualquier dinero emitido por la tergiversación de la información solicitada.

SIGNED _____ DATE _____

HEALTH AND HANDICAPPED SERVICES

Release

Yo, _____ por la presente autorizo a Health & Handicapped Services de Jackson County, Inc. a investigar completamente mi elegibilidad para recibir asistencia monetaria de Health & Handicapped Services de Jackson County, Inc., según lo definen los criterios y políticas de elegibilidad establecidos.

Entiendo que esta investigación puede incluir, pero no se limita a, una investigación de mi estado financiero, activos, acreedores, redes sociales y / o agencias de informes de crédito.

Entiendo que los Servicios de Salud y Discapacitados del Condado de Jackson, Inc. utilizarán todos los medios posibles, incluidas las acciones legales, para recuperar cualquier dinero emitido debido a una tergiversación de la información solicitada para procesar mi solicitud.

Además, otorgo de manera irrevocable a Health & Handicapped Services del Condado de Jackson, Inc. y su agencia o agencias de implementación el derecho absoluto a derechos de autor, uso, publicación y distribución de mi historial de casos para cualquier propósito legal, incluidos, entre otros, editoriales, artísticos, con fines promocionales, o publicitarios; sin embargo, aunque reconozco que mi historial de casos puede ser divulgado para los fines mencionados, entiendo que mi identidad se mantendrá confidencial. Reconozco que una copia de este comunicado puede ser respetada tan completamente como el documento original.

Fechado, este el _____ día de _____,

_____.

(Fecha mes año)

(Firma del solicitante)

Testigo:

(Firma del testigo)

Red de Asistencia-CharityTracker
 Programa de Administración de Casos de Intercambio de Información-CharityTracker
FORMA DE INFORMACION PERSONAL (ROI)

Apellido del Cliente: _____ **Nombre:** _____ **INICIAL del Segundo Nombre:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____ - _____ - _____

Mes / Día / Año

La Red de Asistencia **CharityTracker**, "con su nombre legal aquí referido como "CharityTracker", es un programa compartido, que mantiene un sistema computarizado de registros que captura información de personas que están necesitando servicios de emergencia, incluyendo pero no limitado a la asistencia de pagos de servicios básicos como de luz y agua, medicamentos, pagos de renta o de hipoteca de casa, etc. Health and Handicapped Services of Jackson County, Pascagoula, MS (Agencia Administradora) administradores de CharityTracker en nombre de las agencias participantes en este programa de la Red de Asistencia CharityTracker, incluyendo Health and Handicapped Services of Jackson County (Agencia Participante).

Yo entiendo que toda mi información aquí proporcionada es personal y privada y que yo no tengo porque participar en este programa de CharityTracker. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca este sistema de CharityTracker y de revisar la información básica aquí identificada, que es autorizada por esta forma de información personal para ser compartida por todas las Agencias Participantes en la Red de Asistencia de CharityTracker. Yo también entiendo que información de servicios no-confidenciales que se me es proporcionada por agencias participantes de CharityTracker puede ser compartida con otras Agencias Participantes de CharityTracker. Esta información personal proporcionada se mantendrá en nuestra base de datos por tres años a partir de la fecha estipulada bajo mi firma en la parte de de bajo de esta página solamente que yo le haga una petición formal a esta Organización donde yo ya no desee participar con CharityTracker.

<u>Nombres de Dependientes</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Número de Seguro Social</u>
_____	_____	_____ - _____ - _____
_____	_____	_____ - _____ - _____
_____	_____	_____ - _____ - _____
_____	_____	_____ - _____ - _____
_____	_____	_____ - _____ - _____

Yo autorizo Health and Handicapped Services of Jackson County, como Agencia Participante de CharityTracker, compartir mis servicios básicos y no-confidenciales de transacciones e información con otras Agencias Participantes de CharityTracker. Yo autorizo el uso de una copia de esta original para que sirva como una original para los propósitos ya señalados en la parte de arriba. Adicionalmente yo autorizo Health and Handicapped Services of Jackson County, como Agencia Participante de CharityTracker, compartir la información básica y no-confidencial de servicios e información de transacciones de mis dependientes con otras agencias participantes de CharityTracker.

X

 Firma del Cliente y/o del Padre-Tutor Legal Autorizando la Firma

X

 Firma del Representante de la Agencia

La original de esta Forma de Información deberá de permanecer en los archivos de esta Agencia por un mínimo de tres años después de su fecha de vencimiento. The original of this Release of Information shall be kept on file with the Agency for a minimum of three years from its expiration date.

Fecha

Fecha

Servicios de salud y discapacitados
3207 Francis Street

Pascagoula, MS 39567

228-762-0364

Fecha _____

a quien corresponda:

Proporciono (Nombre del Cliente) _____

Con _____

Este cliente no tiene ningún tipo de ingresos y yo soy su único apoyo.

Sinceramente

Firma de la persona que proporciona apoyo

Dirección y número de teléfono:

