

Deaf and Blind Children's Fund, Inc.
(Fondo de Niños Sordos y Ciegos, Inc.)
Application for Financial Assistance
(Aplicación Para Ayuda Financiera)

Date Application Submitted _____
(Fecha de la aplicación)

PERSONAL INFORMATION
(INFORMACION PERSONAL)

Person Submitting Application _____

(Nombre de la persona sometiendo la aplicación)

Name of Person Needing Service _____

(Nombre de la persona que necesita el servicio)

Age _____ Grade Level _____

(Edad) (Nivel escolar)

School Attending _____ District _____

(Nombre de la escuela) (Distrito)

Nature of Child's Impairment _____

(¿Que impedimento tiene el niño (a)?)

Address _____

(Dirección)

City _____ State _____ Zip _____

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

email: _____

(Correo electrónico)

Phone(s) _____ Day _____ Evenings _____

(Teléfono) (De día) (De noche)

PURPOSE OF REQUEST
(PROPOSITO DE LA APLICACION)

Purpose for this request, i.e. eye glasses, hearing aids, vision testing, scholarship, special program, classroom materials etc. You may attach one additional page if needed.

Explique el propósito de esta aplicación. Por ejemplo, lentes, audifonos, probar de visión, la beca, programa especial, materiales escolares, etc. Por favor, adjunte una página adicional si necesita más espacio para escribir.

Name of Medical Facility _____

(Nombre de la facilidad medica)

Phone # _____ email _____

(Telefono)

(Correo electronico)

Permission to contact this health care professional if necessary

(?Nos autoriza usted a contactar a estos proveedores medicos si es necesario?)

_____ yes _____ no
(Si) (No)

Signature of Parent or Guardian _____ date _____

(Firma de el pariente o guardian)

(Fecha)

**FINANCIAL
(FINANZAS)**

Amount Requested from the Deaf and Blind Children's Fund _____

(Cantidad de dinero solicitada del Fondo de Ninos Sordos y Ciegos.)

Total Amount Needed _____

(Cantidad total de dinero que necesita)

Do you have insurance that will help cover this expense? _____ yes _____ no
(?Posee usted un seguro medico que la ayude a cubrir estos gastos?) (Si) (No)

If so, what amount? _____ Amount Remaining _____
(Si su respuesta fue si, ?que cantidad cubre el seguro medico?) (Cantidad no cubierta por el plan medico)

Do you qualify for Medicaid? _____

(?Califica usted para Medicaid?)

Gross Family Income _____

(Salario Familiar Bruto)

Total # of Persons in Family _____ Number of children under 18 years _____

(Numero total de personas en la familia) (Numero de ninos menores de 18 anos)

Por favor sujetar una copia de su sueldo mas reciente o una carta de su empleador verificando su empleo, incluyendo informacion para contactar su empleador.

?Habia usted solicitado a su distrito de escuelas por ayuda monetaria? Si ___ No ___

**What other sources of funding have you applied for?
(?Nombre otros recursos financieros a los cuales usted a aplicado?)**

Date (Fecha)	Source (Recurso)	Amount Pending (Cantidad pendiente)	Amount Received (Cantidad recibida)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**NEED
(NECESIDAD)**

Please write a brief statement of why you are seeking financial assistance from the Deaf and Blind Children's Fund i.e. lack of insurance, other medical bills, lack of financial resources, extenuating circumstances, etc. You may attach an additional page to this application if needed.

(Por favor escriba una declaracion sencilla acerca de porque esta usted solicitando ayuda financiera por medio del Fondo de Ninos Ciegos y Sordos. Por ejemplo, falta de seguro medico, otros gastos financieros, escasos recursos financieros, circunstancias atenuantes, etc. Por favor, adjunte una pagina adicional si necesita mas espacio para escribir.)

**Return this application to:
(Envie esta aplicacion por correo postal a:)**

**Deaf and Blind Children's Fund, Inc.
P.O. Box 12655
Ogden, Utah 84412-2655**

Fecha de limite por la aplicacion...

1 Enero
1 Abril
1 Julio
1 Octubre

Cada pregunta debe tener una respuesta para que sea considerada su aplicacion. Develveremos aplicaciones incompletas.