



El Baúl de Esperanza de Jesica
(fundación para niños gravemente enfermos)

Financial Information

Información Financiera

For office use only:

Received: ___/___/___
 Reviewed: ___/___/___ by _____
 App/Dec: ___/___/___ Ttl Amnt: \$ _____

***Please be sure to PRINT LEGABLY and complete**

the entire form.*

(*sea seguro IMPRIMIR LEGABLY y llenar el formulario entero.*)

Child's Name (Nombre del niño):	
Average Monthly Income (Promedio de ingreso mensual):	
Father or male head of house (Padre o jefe masculino de la casa):	\$
Father's or male head of house's occupation (Ocupación del padre o jefe masculino de la casa):	
Mother or female head of house (Madre o jefe femenino de la casa):	\$
Mother's or female head of house's occupation (Ocupación del madre o jefe femenino de la casa):	
List the names and ages of children, family, or other members of this household, even if unrelated. (Enumere los nombres y las edades de niños, de la familia, o de otros miembros de esta casa, incluso si esta' sin relación.):	
Disability, Insurance, and Other Assistance (Discapacidad, adel seguro, y la otra ayuda):	
Does anyone in the family receive disability? (¿Cualquier persona en la familia recibe inhabilidad?): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If so, provide the name(s) of the person(s) receiving disability (¿Quién lo recibe?):	
What type of disability is received? (¿Qué tipo de inhabilidad se recibe?):	
What is the monthly amount of disability received? (¿Cuál es la cantidad mensual de inhabilidad recibida?): \$	
Is this applicant child eligible for Medicaid? (¿Puede este niño recibir seguro médico?): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Does this applicant child currently receive Medicaid? (¿Hace a este niño reciben actualmente seguro médico?): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how much per month? (¿Si sí, cuánto por mes?): \$	
Does private medical insurance cover this applicant child? (¿Hace la cubierta privada del seguro médico este niño?): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how much is the premium per month? (¿Si sí, cuánto es el premio por mes?): \$	
List all members of family with private medical insurance. (Escribe los nombres del miembros de la familia con cobertura de seguro médico):	
Do you currently receive any other charitable assistance? (Alguna otra ayuda financiera?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
List each source, amount, and frequency. (Enumere cada fuente, cantidad, y frecuencia.):	
How much is your monthly house payment or rent? (Pago mensual de la casa o renta):	\$
What is the total of your monthly utilities combined ? (Prestaciones mensuales combinadas):	\$
Enclose a recent copy of each with application. (Incluya una copia reciente de cada uno con el uso.)	
How much is your monthly car payment? (Pago del auto por mes):	\$
What is the cost of your monthly insurance premiums? (Bonificaciones mensuales del seguro):	\$
Enclose recent payment copy. (Incluya la copia reciente del pago.)	
Do you have any other major expenses? (Otros gastos mayores):	\$
List them on a separate sheet of paper and include recent copies of each. (Enumérelos en una hoja separada del papel e incluya las copias recientes de cada uno.)	

By signing my name, I attest that all information provided on this form is accurate and true to the best of my knowledge.
 (Firmando mi nombre, atestigo que toda la información proporcionada en esta forma es exacta y verdad al mejor de mi conocimiento.)

 Social Worker's Signature

_____/_____/_____
 Date

 Parent's/Guardian's Signature

_____/_____/_____
 Date