



VARIETY APPLICATION

11840 Westline Industrial Dr • Suite 220 • St. Louis, MO 63146
Medical Equipment: 314-720-7708 Therapy: 314-720-7720 • F: 314-731-6866

Información del niño:

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Hombre/Mujer: _____

Diagnóstico principal del niño:

Diagnósticos adicionales:

Información de padres/guardian:

Nombre: _____

Relación hacia el niño: _____

Dirección principal: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

*Su respuesta a la siguiente pregunta es opcional y no afectará el estado de su aplicación. La información solicitada es útil para St. Louis Variety en solicitudes de subvenciones y otras actividades que buscan financiamiento adicional para nuestros programas de asistencia.

Cual es la raza/etnia de su hijo? ___ Afroamericano ___ Asiático/Isleño del Pacífico ___ Caucásico
___ Europeo del este ___ Hispano/Latino ___ Nativo Americano ___ Multirracial ___ Otro

Supervisor médico (Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico, terapeuta u otras personas involucradas en el tratamiento):

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Solicitud:

Naturaleza de la solicitud (Equipo ortopédico, silla de ruedas, terapia, etc.):

Costo estimado: \$ _____

Profeedor: _____

Si tiene segura de salud, indique el (los) nombre(s) de la empresa:

Si el segura cubre cualquier parte del equipo necessario, ¿cuánto o qué porcentaje?

Escuela o programa a la que asiste el niño: _____

Distrito escolar: _____

Nombres y edades de otros niños que residen en el hogar:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Información de ingresos del hogar

Número de asalariados en el hogar: _____ Número de miembros del hogar: _____

Ingresos del asalariado #1 al año: \$ _____ al mes: \$ _____

Ocupación y empleador actual: _____

Dirección de la empresa: _____

¿Por cuánto tiempo ha estado empleado por este empleador? _____

Ingresos del asalariado #2 al año: \$ _____ al mes: \$ _____

Ocupación y empleador actual: _____

Dirección de la empresa: _____

¿Por cuánto tiempo ha estado empleado por este empleador? _____

Si su ingreso bruto ajustado es superior a \$85,000, complete la sección de gastos detallados a continuación.

INGRESO MENSUAL

TODO lo que el asalariado del hogar lleva a casa paga mantenimiento de manutención de niños, seguridad social, otros ingresos – Pensiones, dividendos, rentas, parientes, etc.:

ESTIMADO TOTAL DE INGRESOS MENSUALES: \$ _____

GASTOS MENSUALES

Pago mensual de vivienda (hipoteca, alquiler) \$ _____

Pago mensual de servicios públicos (gas, electricidad, agua) \$ _____

Pago mensual de auto \$ _____

Otros pagos de deuda mensuales, préstamos de estudiante, préstamos de tarjeta de crédito, préstamos de banco, cuentas médicas \$ _____

Gastos de cuidado infantil (guardería, niñera, etc.) \$ _____

Gastos de terapia \$ _____

Medicina \$ _____

Comida especial para dieta especial de niño(s) \$ _____

Otros gastos mensuales significativos (por favor especifique) \$ _____

ESTIMADO TOTAL DE GASTOS MENSUALES: \$ _____

Describa cualquier gasto extraordinario o circunstancias especiales. Sea específico en cuanto al costo y la duración prevista de las circunstancias.

Si recibe ayuda de otras fuentes, como las Missouri Special Health Care Needs (Necesidades de atención médica especiales de Missouri), Medicaid, exención Sara López, etc. por favor indicarlos aquí:

¿Cuál es el valor monetario estimado de esta asistencia anualmente?: _____

¿Cómo se enteró sobre Variety?: _____



Firma de padre o guardián: _____

Nombre en imprenta: _____

Evaluaciones

El equipo que proporcionamos no sería posible sin los muchos individuos, empresas y fundaciones generosas dentro de la comunidad de Greater St. Louis que contribuyen a Variety. Nuestros programas dependen de los corazones generosos de estos benefactores. Con esto en mente, le pediremos que comparta con nosotros cómo el equipo de su hijo ha impactado positivamente en su vida y en la de su familia. Sus respuestas serán fundamentales para aumentar la financiación de este importante programa, y todas las respuestas se mantendrán confidenciales a menos que otorgue un permiso específico para compartir su información de identificación. Ayúdenos a ayudar a más niños con discapacidades físicas y de desarrollo completando la evaluación.

Entiendo que se me pedirá que complete una evaluación como parte de mi solicitud de Variety si me dan equipos/servicios.

Firma de padre o guardián: _____