

SOLICITUD DE EQUIPAMIENTO / TERAPIA DE VARIETY

11840 Westline Industrial Dr • Suite 220 • St. Louis, MO 63146
Terapia 314-720-7709, Equipo 314-720-7708, FAX 314-731-6866

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD DE VARIETY:

<u>PARA GRUPOS FAMILIARES QUE DECLARAN IMPUESTOS</u>	<u>PARA GRUPOS FAMILIARES QUE NO DECLARAN IMPUESTOS</u>
✓ Solicitud llena (páginas 2-3)	✓ Solicitud llena (páginas 2-3)
✓ Foto actualizada del niño (opcional)	✓ Foto actualizada del niño (opcional)
✓ Copia de las primeras dos páginas de: LOS DOS AÑOS MÁS RECIENTES, de la declaración de impuestos federales sobre la renta de la (s) persona (s) que reclaman al niño como dependiente. Por ejemplo: Las paginas 1-2 de los años 2018 y 2019 de la declaración de impuestos que muestran su ingreso bruto ajustado al final de la Página 1 y en la parte superior de la Página 2.	✓ Copia de la carta de adjudicación. Si no tiene una copia de su carta de adjudicación puede solicitar una visitando a: www.socialsecurity.gov/myaccount o llame al teléfono de libre de pago 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)
✓ Si su ingreso ajustado bruto está por encima de los 85.000\$ debe también llenar la tabla de gastos mensuales en la página 4 de esta solicitud.	

NOTA: Una solicitud incompleta dilatará el proceso de revisión hasta que toda la información (indicada anteriormente) se haya recibido.

SOLICITUD DE EQUIPO / TERAPIA

Información del niño

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Masculino/Femenino: _____

Diagnóstico Primario del Niño:

Diagnósticos Adicionales

Información de los Padres/Tutores

Tutor(es) Principal(es):

Relación con el niño: _____

Dirección Principal: _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

País: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico:

"Su respuesta a las siguientes preguntas es opcional y no afectará el estatus de su solicitud. La información solicitada es útil para Variety en St. Louis para las solicitudes de financiamiento y para otras actividades, que buscan fondos adicionales para nuestros programas de asistencia".

Cuál es la raza/etnicidad de su niño:

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Hispánico o Latino o de origen Español	<input type="checkbox"/> Del Medio Oriente o del Norte de África	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Alguna otra raza	<input type="checkbox"/> Multi-Racial

Solicitud

Naturaleza de la Solicitud (Equipo Ortopédico, Silla de Ruedas, Terapia, etc)

¿Trabaja actualmente con una compañía de equipos o terapeutas? Si No

Si contesto que sí, ¿cuál es el nombre de la compañía de equipos o proveedor de terapia? _____

Información del Ingreso Familiar

Número de personas que reciben ingresos en su hogar: _____ Número de personas en su grupo familiar: _____

Ingresos Anuales de la primera persona \$ _____

Ocupación y Empleador Actual: _____

Dirección de la Compañía: _____

¿Cuánto tiempo tiene trabajando para este empleador? _____

Ingresos anuales de la segunda persona: \$ _____

Ocupación y Empleador Actual: _____

Dirección de la Compañía: _____

¿Cuánto tiempo tiene trabajando para este empleador? _____

Describa cualquier gasto extraordinario o circunstancias especiales. Sea específico en cuanto a los gastos y la duración prevista de las circunstancias.

Personal Médico: (Médico de Atención Primaria y/o Terapeuta)

Nombre _____	Nombre _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____	Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____

Escuela a la que Asiste el Niño: _____ **Distrito Escolar al que Asiste el Niño:** _____

Nombre y Edades de Otros Niños que Residen en el mismo Grupo Familiar:

<u>Edad</u>	<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Nombre</u>
1.		3.	
2.		4.	

¿Como se enteró acerca de Variety? _____

Evaluaciones

No sería posible la subvención del equipo/terapia sin la contribución a Variety de muchos individuos, compañías y fundaciones de la comunidad del Gran San Luis. Nuestros programas dependen de esos benefactores.

Con eso en mente, se le solicitará que llene una encuesta para reportar como el equipo/terapia ha tenido impacto en su vida, y la de su familia.

Sus respuestas son críticas para incrementar los fondos para los programas de Variety; todas las respuestas son confidenciales.

Estoy de acuerdo en que se me solicitará completar una encuesta si se me provee de equipo/terapia.

Firma del Padre o Tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

La solicitud completa y la documentación financiera pueden enviarse:

Por correo a: 11840 Westline Industrial Dr, STE 220, St. Louis, MO 63146.

Enviados por Fax al: 314-731-6866

Por Correo electrónico: Misty@varietystl.org para equipos
Maureen@varietystl.org para terapia

Una solicitud incompleta retardará el proceso de revisión hasta que la información sea recibida (vea la lista de chequeo en la página 1 de esta solicitud)

Llene esta parte SOLAMENTE si su ingreso bruto ajustado está POR ENCIMA de \$85,000

Ingreso mensual que lleva a la casa la Primera persona	\$ _____
Ingreso mensual que lleva a la casa la Segunda persona	\$ _____
Seguridad Social	\$ _____
Soporte Infantil/manutención	\$ _____
Total de ingresos mensuales (sume el ingreso de las líneas anteriores)	\$ _____

GASTOS MENSUALES

Gastos de la Casa	Hipoteca/renta	\$ _____
	Teléfono	\$ _____
	Cable	\$ _____
	Otros	\$ _____
Gastos de Comida	Comida	\$ _____
	Comida para Dieta Especial/ suplementos	\$ _____
Gastos relacionados con el niño	Hogar de cuidado diario/niñera	\$ _____
	Otros	\$ _____
Obligaciones de Deuda	Préstamos estudiantiles	\$ _____
	Préstamo de Tarjetas de Crédito	\$ _____
	Préstamos bancarios	\$ _____
	Facturas médicas	\$ _____
Gastos de transporte	Pension alimenticia/manutencion para el niño	\$ _____
	Préstamos de automovil/costos del transporte	\$ _____
	Seguro del vehiculo	\$ _____
	Gasolina	\$ _____
Gastos de Cuidado de Salud	Mantenimiento/repación	\$ _____
	Seguro de Salud (plan y HSA)	\$ _____
	Terapia/visitas al médico	\$ _____
	Medicinas	\$ _____
Otros gastos	Suministros médicos	\$ _____
	Otros	\$ _____
	Donaciones/donaciones de caridad	\$ _____
	Ahorros/IRA	\$ _____
	Actividades Extracurriculares	\$ _____
	Vacaciones	\$ _____
	Entretenimiento	\$ _____
	Personal (cortes de pelo/cosméticos/ regalos	\$ _____
Gastos del cuidado de animales domésticos	\$ _____	
Otros	\$ _____	
Gastos mensuales totales (sume las líneas de gastos anteriores)	\$ _____	

Total del ingreso mensual (indicado ante \$ _____

Menos

Gastos mensuales totales (indicado ante \$ _____

Excedente Mensual (Total del ingreso mensual - Total gastos mensuales) \$ _____

