



Gill Children's Services

555 Hemphill Street, Suite 200 | Fort Worth, Texas 76104 | (817) 332-5070
Hours: Monday – Friday, 8:30AM – 3:30PM | Fax: (817) 332-6445

La Misión de Gill

Gill Children's Services es un fondo de último recurso que provee completa seguridad a los niños del condado de Tarrant. Niños que necesitan ayuda financiera en el área de médico, dental, física, social, psicológica y educacional.

¿Quién puede aplicar?

Gill Children's Services ayuda a los niños como último recurso cuando se han agotado todos los otros recursos. Antes de aplicar, favor de preguntarse:

1. ¿Mi hijo es de 0-18 años de edad?
2. ¿Mi hijo vive en el condado de Tarrant?
3. ¿Llamé al [United Way's 211 Resource Line](#) para ver si otras agencias me pueden ayudar?

Si contesto Sí a las tres preguntas, puede aplicar con Gill Children's Services. Para obtener una copia de nuestra aplicación puede:

- Levantar una aplicación en nuestra oficina
- Llame a nuestra oficina y pida que le envíe una aplicación
- Imprimir la aplicación a www.gillchildren.org

Instrucciones de Aplicación

La siguiente información puede ser enviada por fax a (817)332-6445 o por correo a 555 Hemphill Street, Suite 200, Fort Worth, TX 76104. Gill Children's Services debe recibir la totalidad de los siguientes documentos para procesar su solicitud:

- Aplicación Completa
 - Aplicación (paginas 1-4)
 - Reconocimiento y Autorización (página 5)
- Prueba de Ingresos (talón de cheques, carta de empleador, income tax, cartas de gobierno)
- Otro: _____

Dependiendo del servicio o equipo que está solicitando, Gill Children's Services puede necesitar información adicional. Por favor llame a nuestros administradores de casos con preguntas.

Para servicios dentales:
Alice Espinoza, Dental Case Manager
(817) 332-5070 ext. 102
aespinoza@gillchildrens.org

Para otros servicios que no sean dentales:
Alex Estrada, Case Manager
(817) 332-5070 ext. 101
aestrada@gillchildrens.org



Aplicación para Ayuda Financiera

Sección 1: Información de Servicio

- 1A. ¿Qué servicios está solicitando? Lista en orden de importancia.
 1. _____ 2. _____ 3. _____
- 1B. ¿Cuál es el costo total del servicio que está solicitando? \$ _____
 ¿Cuánto está capaz de contribuir al coste del servicio? \$ _____
 ¿Qué cantidad está solicitando de Gill? \$ _____
- 1C. ¿Sabe usted quien proporcionará los servicios solicitados? No Sí: _____

Dirección *Teléfono* *Fax*
- 1D. Explique por qué usted está necesitando asistencia de Gill en este momento. _____

- 1E. ¿Ha recibido ayuda de Gill Children's Services antes? No Sí: _____

Sección 2: Información de Referencia

- 2A. ¿Cómo se enteró de Gill Children's Services? _____
- 2B. ¿Tiene una relación con alguien del personal de Gill? No Sí: _____
- 2C. ¿Ha llamado a 2-1-1 o visitado www.tarrantcounty211.org? Sí No
- 2D. Lista de otras agencias de la comunidad, en la que han pedido ayuda antes de aplicar a Gill.

Nombre de agencia *Razón de la Negación*

Nombre de agencia *Razón de la Negación*
- 2E. Provea un contacto como una referencia (trabajador social, consejero de la escuela, administrador de casos)

Nombre *Organización* *Teléfono*
- 2F. En caso de que no podemos ponernos en contacto con usted, provea un amigo o familiar.

Nombre *Relación* *Teléfono*

Sección 3: Información del Niño

3A. Llene la siguiente información para **TODOS los niños en su hogar**. Por favor, indique los niños que están en necesidad de los servicios que usted describe en la Sección 1.

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Otro Apellido</i>
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña Fecha de Nacimiento: ___/___/____ El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____
Seguro: <input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> CSHCN <input type="checkbox"/> Otra salud/dental cobertura: _____

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Otro Apellido</i>
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña Fecha de Nacimiento: ___/___/____ El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____
Seguro: <input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> CSHCN <input type="checkbox"/> Otra salud/dental cobertura: _____

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Otro Apellido</i>
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña Fecha de Nacimiento: ___/___/____ El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____
Seguro: <input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> CSHCN <input type="checkbox"/> Otra salud/dental cobertura: _____

<input type="checkbox"/> Este niño necesita ayuda
Nombre de Niño: _____ <i>Primer Otro Apellido</i>
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña Fecha de Nacimiento: ___/___/____ El niño es ciudadano de los EE.UU? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____
Seguro: <input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> CSHCN <input type="checkbox"/> Otra salud/dental cobertura: _____

Sección 4: Información de Padres/Guardianes

4A. Complete la siguiente información acerca de los padres/guardianes. Por favor indique cuál de los padres debe ser el contacto principal para su solicitud.

Este padre/guardián es el contacto principal para esta solicitud

Relación al niño: Madre Padre Guardián Legal Otro: _____

Nombre: _____
Primer Otro Apellido

Dirección: _____
Numero Calle Apt. Ciudad Estado Postal

Información de Contacto: _____
Teléfono de Casa Numero Celular Correo Electrónico

Estado Civil: _____ Idioma: Inglés Español Otro _____

Empleo: _____ Desempleado
Empleador Dirección \$ Ingreso Mensual

Este padre/guardián es el contacto principal para esta solicitud

Relación al niño: Madre Padre Guardián Legal Otro: _____

Nombre: _____
Primer Otro Apellido

Dirección: _____
Numero Calle Apt. Ciudad Estado Postal

Información de Contacto: _____
Teléfono de Casa Numero Celular Correo Electrónico

Estado Civil: _____ Idioma: Inglés Español Otro _____

Empleo: _____ Desempleado
Empleador Dirección \$ Ingreso Mensual

Sección 5: Información Financiera

5A. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

5B. Enumere sus facturas mensuales.

Rento/Pago de Casa	\$ _____.
Luz	\$ _____.
Gas	\$ _____.
Agua	\$ _____.
Comida (ponga "0" si recibe estampillas)	\$ _____.
Teléfono	\$ _____.
Pago de Carro	\$ _____.
Gasolina de Carro	\$ _____.
Seguro de Carro	\$ _____.
Cuidar de Niños	\$ _____.
Personal/Compras de Casa	\$ _____.
Tarjetas de Crédito por Mes (Balance: \$ _____)	\$ _____.
Prestamos por Mes (Balance: \$ _____)	\$ _____.
Facturas Medicas por Mes (Balance: \$ _____)	\$ _____.
Otro (Especifica por favor): _____	\$ _____.

5C. ¿El niño o los padres reciben cualquiera de los siguientes apoyos?

Soporte de niños	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$ _____.
TANF	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$ _____.
SNAP/Estampillas de Comida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$ _____.
Seguro Social de Retiro o Deseabilidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$ _____.
Case de Gobierno	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
WIC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Otro: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad por Mes: \$ _____.

Office Use Only

Date received: _____

Missing documents: _____

Approved Denied: _____ Initial: _____

Household ID #: _____ Client IDs#: _____

Known conflicts of interest with the applicant? No Yes: _____

Sección 6: Reconocimiento y Autorización

6A. Reconocimiento de Servicios de Financiación

Gill Children's Services Inc. ("Gill") es 501c3 caridad sin fines de lucro, es una fuente de financiación de último recurso que proporciona una red de seguridad para los niños del Condado de Tarrant, cuyas necesidades médicas, dentales, físicas, sociales, psicológicas y educativas no han sido satisfechas por otros recursos de la comunidad. Gill proporciona fondos sólo cuando se han agotado los recursos de la comunidad y de la familia. Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta, en nombre de sí mismo, y su esposo/esposa (si aplica) y el menor en cuyo beneficio financiación (todo el conjunto, "Receptor"), de la siguiente manera:

1. Gill está proporcionando financiación para el Receptor para obtener servicios de un proveedor de terceros y emitir el pago directamente a dicho proveedor de terceros. Fondos no serán pagados directamente al Receptor.
2. Gill no es responsable de la conducta de cualquier tercero proveedor que ofrece servicios al Receptor. El Receptor es el único responsable de la elección de utilizar tales terceros proveedores de servicios y por el curso del tratamiento que selecciona el receptor.
3. EN CONSIDERACIÓN POR EL FINANCIACIÓN QUE GILL ESTÁ PROPORCIONANDO AL RECEPTOR, CADA RECEPTOR Y SUS RESPECTIVOS HEREDEROS Y REPRESENTANTES PERSONALES, POR LA PRESENTE LIBERA GILL Y SU RESPECTIVO EMPLEADOS, OFICIALES, DIRECTORES Y AGENTES (COLECTIVAMENTE "LIBERADOS") DE CUALQUIERA Y TODAS LAS CAUSAS DE ACCIÓN, DEMANDAS, RESPONSABILIDADES O DAÑO QUE PUEDA AHORA O EN EL FUTURO SUFRIR EL RECEPTOR QUE SE RELACIONAN DE ALGUNA MANERA CON O SURGEN DE LOS SERVICIOS PARA LOS QUE GILL ESTÁ PROPORCIONANDO FINANCIACIÓN (LOS "SERVICIOS") Y ESTÉ DE ACUERDO (1) NO TRAER A CUALQUIER CAUSA DE ACCIÓN O RECLAMACIÓN DE CUALQUIER CLASE CONTRA CUALQUIER LIBRADOS QUE SURJA DE O ESTÉ RELACIONADA CON, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, LOS SERVICIOS, INCLUYENDO, SIN LIMITACIÓN, CUALQUIER LESIÓN O DAÑO A CUALQUIER PERSONA O PROPIEDAD COMO RESULTADO DE LOS SERVICIOS O DE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SE BASA EN LA NEGLIGENCIA UNICA, CONJUNTA O COMPARATIVA DE GILL; Y (11) DE ESTE RECONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE FINANCIACIÓN SERÁ UNA DEFENSA COMPLETA A, Y UN CONSENTIMIENTO PARA EL DESPIDO DE, CUALQUIER CAUSA DE ACCIÓN O RECLAMACIÓN INTERPUESTO CONTRA GILL EN CONTRAVENCIÓN DEL PRESENTE.
4. Esta Confirmación de financiación del servicio se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes de Texas, y cualquier disputa entre Gill y el receptor debe y no puede ser llevada ante un tribunal de jurisdicción competente en el Condado de Tarrant, Texas.
5. El receptor ha leído cuidadosamente este Reconocimiento de Servicios de financiación, entiende su contenido y lo ha firmado, libre y voluntariamente, con pleno conocimiento de su contenido, y la persona que firma en nombre del hijo menor de edad es el padre o tutor legal de dicho niño, y autorizado a firmar en su nombre.

Padre/Guardiana Firma

En nombre del Menor (niño)

Fecha

- 6B. Concedo el permiso de Gill Children's Services Inc. para usar un resumen del caso de mi hijo por cualquier y todos los efectos relacionados con la educación pública y / o promoción de servicios de Gill Children's Services. También doy permiso que Gill Children's Services pueda utilizar, publicar y mostrar o cualquier obra de arte creada por mi hijo para Gill Children's Services. Libero a cualquier y todos los derechos sobre las imágenes creadas y preparados. Libero a Gill de cualquier y todas las reclamaciones o responsabilidades derivadas de su utilización. También entiendo que una vez que se da a conocer la información del caso o de obras de arte, puede ser revelada por el destinatario o por Gill y la información no puede ser protegido por las leyes o reglamentos federales de privacidad. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a 555 Hemphill. Debo informarles de mi intención de revocar esta autorización. Entiendo que tal revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada por Gill Children's Services antes de la recepción de la revocación.

Padre/Guardiana Firma

En nombre del Menor (niño)

Fecha