



## 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 ofrece ultimo recursos de asistencia financiera 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
- Completa la solicitud en papel y envíela por correo a 555 Hemphill Street, Suite 200, Fort Worth, TX 76104
- Aplica por página web a [www.gillchildren.org/apply](http://www.gillchildren.org/apply)

## Instrucciones de Aplicación

Ya sea que aplique en papel o por internet, debe incluir la siguiente información. 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  
[alice@gillchildrens.org](mailto:alice@gillchildrens.org)

Para otros servicios que no sean dentales:  
Alex Estrada Grady, Case Manager  
(817) 332-5070 ext. 101  
[alex@gillchildrens.org](mailto:alex@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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  

<i>Dirección</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Fax</i>
------------------	-----------------	------------
- 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](http://www.tarrantcounty211.org)?  Sí  No
- 2D. Lista de otras agencias de la comunidad, en la que han pedido ayuda antes de aplicar a Gill.  

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

<i>Nombre</i>	<i>Organización</i>	<i>Teléfono</i>

### 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>
Fecha de Nacimiento: ___/___/____ <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña 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>
Fecha de Nacimiento: ___/___/____ <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña 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>
Fecha de Nacimiento: ___/___/____ <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña 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>
Fecha de Nacimiento: ___/___/____ <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña 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*

Información de Contacto: \_\_\_\_\_  
*Teléfono de Casa Numero Celular Correo Electrónico*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Numero Calle Apt. Ciudad Estado Postal*

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idioma:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Desempleado  Empleo de tiempo medio (<35 horas/semana)  Empleo de tiempo completo (35+ horas/semana)

Empleador: \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual antes de impuestos: \$ \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual después de impuestos: \$ \_\_\_\_\_

Este padre/guardián es el contacto principal para esta solicitud

Relación al niño:  Madre  Padre  Guardián Legal  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Primer Otro Apellido*

Información de Contacto: \_\_\_\_\_  
*Teléfono de Casa Numero Celular Correo Electrónico*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Numero Calle Apt. Ciudad Estado Postal*

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idioma:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Desempleado  Empleado a tiempo parcial (<35 horas/semana)  Empleado de tiempo completo (35+ horas/semana)

Empleador: \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual antes de impuestos: \$ \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual después de impuestos: \$ \_\_\_\_\_

**Sección 5: Información Financiera**

5A. ¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

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

- |  |   |                            |
|--|---|----------------------------|
| Mantención 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: \$_____. |
| Estampillas de Comida/SNAP             | <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: \$_____. |
| Desempleo                              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Cantidad por Mes: \$_____. |
| Ayuda con el pago de renta             | <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: \$_____. |

5C. Enumere sus facturas mensuales.

- |   |          |
|---|----------|
| Rento/Pago de casa                                    | \$_____. |
| Electricidad  | \$_____. |
| Gas   | \$_____. |
| Agua  | \$_____. |
| Comida y abarrotes (ponga "0" si recibe estampillas)  | \$_____. |
| Pago de carro   | \$_____. |
| Aseguranza de carro                                   | \$_____. |
| Gasolina de carro                                     | \$_____. |
| Cuidado de niños/guardería                            | \$_____. |
| Teléfono celular                                      | \$_____. |
| Internet  | \$_____. |
| Suscripciones   | \$_____. |
| Gasto de cosas personales                             | \$_____. |
| Seguro de salud                                       | \$_____. |
| Pagos médicos por mes (Saldo: \$_____)                | \$_____. |
| Pagos de tarjetas de Crédito por mes (Saldo: \$_____) | \$_____. |
| Prestamos por mes (Saldo: \$_____)                    | \$_____. |
| Otro (Especifica por favor): _____                    | \$_____. |

## 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*