



DONOR

Inspiring Kern County to "Donate Life"

<b>Fecha</b>	<b>Cual ayuda necesita?</b>	___ <b>Tarjeta De Gas</b> ___ <b>Morning Star Comida</b>
		<b>Puede Calificar para Subsidio/Beca</b> <b>Subsidio/Beca</b> <b>1. Si Esta en Lista de Transplanted</b> <b>2. Ha Recibido un Transplante</b>

**PARTE I Informacion de Solicitante**

A. Nombre de Solicitante		
B. Fecha De Nacimiento		
C. Domicilio		
D. Ciudad	E. Estado	F. Codigo Postal
G. Numero De Telefono (Cell)		
H. Numero de Telefono Alternativo (Casa) Familia		
I. Correo Electronico		
J. Trabajadora Social		
K. Numero de Trabajadora Social		
L. Centro de Tratamiento		
M. Hospital de Transplante		
N. Como se puede comunicar con usted?	___llamada ___Texto ___Correo Electronico ___Todo	
O. Estado De Trabajo?	___ Tiempo Partial ___Tiempo Completo ___Desempleado ___ Retirado ___Discapacidad	

## PARTE II: Dialysis

A. Actualmente se somete a diálisis? <span style="float: right;">___ Si ___ No</span>	
B. Día que comenzo Dialysis?	
C. Si eligió si, como se llama el lugar?	
D. Indique el costo del transporte de viaje y la frecuencia que se necesita para viajar	
E. Circunstancias Especiales	

## PARTE III: Evaluacion De Transplante

A. Fecha De su primera cita de Evaluacion	B. Está programando citas activamente para ayudar a avanzar con el estudio previo al trasplante? (marque uno)  ___ Si ___ No	C. Si es así, ¿cuándo es la próxima cita?
D. Hospital De Transplante	E. Nombre y Numero De Su Trabajadora Social del Hospital de Transplante	
F. Esta en lista de Transplante?  ___Yes ___ No	G. Cual Organo Necesita  Por Favor Marque uno  __ Corazon ___ Rinon___ Pancreas ___ Hgado ___ Pulmon ___ Rinon/Pancreas	

## PARTE IV - Historia del trasplante

A. Ha Recibido un transplante? ___Si ___No	B. Edad De Transplante
C. C. Tipo De Organo/ Transplante Recibido  ___ Corazon ___ Rinon ___ Pancreas ___ Hgado ___ Pulmon ___ Rinon/Pancreas	
D. Hospital De Transplante	E. Fecha De Transplante
F. Cuéntenos sobre su historia esperando un trasplante (es decir, Complicaciones, Dificultades (continúe al reverso si necesita más espacio)	

**PARTE V. Necesidades Financieras**

A. Cargos medicos total - Ponga todos los gastos, pagos Medicos de Aseguransa Incluye una copia de los gastos


**PART VI. Necesidades Medicas**

A. Gastos médicos mensuales promedio actuales (más allá de la prima del seguro, incluidas las facturas de visitas al médico, laboratorios, imágenes, medicamentos, etc.)


**PART VII. Informacion Adicional**

A. Nombre de la persona principal del hogar (si es diferente al del paciente)

B. Relación con el receptor (estas cajas se regalan al hogar de la persona que ha recibido un trasplante o está esperando recibir un trasplante).

\_\_Cónyuge \_\_ Hijo \_\_ Padre \_\_ Hermano

C. Domicilio

D. Ciudad

F. Estado

E. Telefono

G.Codigo Postal



**PART VIII Signature/Release of Information:**

<p><i>Doy permiso a JJ's Legacy para hablar con mis Trabajadores Sociales, Centros de Diálisis y Hospitales de Trasplantes para obtener información para Subvenciones con respecto a mi Tratamiento, Lista de Trasplantes y/o Trasplante</i></p>	
<p><i>Estipulo que la información incluida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Además, entiendo que la presencia de información inexacta en esta solicitud podría resultar en la necesidad de una reevaluación de esta solicitud por parte de JJ's Legacy. Si se puede probar que las declaraciones inexactas son el resultado de negligencia o inexactitudes intencionales de mi parte.</i></p>	
<p><b>Firma</b></p>	<p><b>Fecha</b></p>

<p><i>Comida - Cajas de comida fresca Morning Star - JJ's Legacy revisará su solicitud de Cajas de comida fresca Morning Star. Serás elegible todos los meses para una caja de alimentos. JJ's Legacy le notificará cuando sea aprobado. Todos los años puedes solicitar las Cajas de Alimentos Frescos</i></p>
<p><i>Tarjetas de Gasolina -JJ's Legacy revisará su solicitud para el Programa de Tarjeta de Gasolina. Calificas para 3 TARJETAS POR AÑO. JJ's Legacy le notificará cuando sea aprobado. Todos los años puede solicitar el programa de tarjeta de gasolina.</i></p>
<p><i>Subsidio/ Becas : El Programa de Subsidio y Becas de Legacy de JJ ayudarán a las familias del condado de Kern ya usted mismo. El comité de Subsidio y Becas de Legacy de JJ revisará y aprobará la solicitud de subvención. Espere 90 días a partir del día en que presentó la solicitud. Cada año puede solicitar una nueva Subsidio a partir del 1 de enero.</i></p>

**Devuelva la solicitud completa: JJ's Legacy ATT: Solicitud de subvención P.O. Box 12793 Bakersfield, CA 93389**  
**Si necesita asistencia adicional, comuníquese con el legado de JJ al 661-489-4430**

<b>Approved (Empleado)</b>					
Application		Staff	Date		Comments
	Gas Card				
	Food Box				
	Grant				

**La misión de JJ's Legacy es honrar a Jeffrey Johns educando a los residentes del condado de Kern sobre el valor y la importancia de la donación de órganos, ojos y tejidos, aumentando la cantidad de donantes registrados y brindando apoyo compasivo a las familias donantes y receptoras.**