

<b>Fecha</b>	<b>Solicitud para</b>	
		<b>Puede Calificar para Subsidio/Beca</b> <b>Subsidio/Beca 1. Ha Recibido un Transplante</b>

**\*IMPORTANTE: Las Solicitudes de subsidios/ becas solo se pueden considerar si este formulario se completa en su totalidad.**

### PARTE I: Informacion del Solicitante

A. Nombre del Solicitante		
B. Fecha de Nacimiento		
C. Domicilio		
D. Ciudad	E. Estado	F. Codigo Postal
G. Numero De Telefono (Celular)		
H. Numero de Telefono Alternativo (Casa) Familia		
I. Correo Electronico		
J. Trabajador/a Social, Condado de Kern		
K. Numero de Trabajador/a Social, Condado de Kern		
L. Centro de Tratamiento, Condado de Kern		
M. Nombre del Hospital de Transplante		
Ma. Nombre del Coordinador/a de transplante y Numero de Telefono		
N. Como nos podemos comunicar con usted?	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electronico	
O. Estado De Trabajo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacidad	
P. Porfavor Circule Aseguranza Privada/ Medi-Cal/ Medicare	<input type="checkbox"/> Kern Family Healthcare <input type="checkbox"/> Health Net <input type="checkbox"/> Otro_____	

## PARTE II: Dialysis

A. Actualmente se somete a diálisis?	_____ Si _____ No
B. Fecha en que comenzó la diálisis?	
C. Si eligió si, como se llama la clinica?	
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)	C. Si es así, ¿cuándo es la próxima cita?
	_____ Si _____ No	
D. Hospital De Transplante	E. Nombre y Numero De Su Trabajadora Social del Hospital de Transplante	
F. Esta en lista de Transplante?	G. Cual Organo Necesita	
_____Si _____ No	Por Favor Marque Uno <span style="margin-left: 20px;">_____ Corazon</span> <span style="margin-left: 20px;">_____ Riñón</span> <span style="margin-left: 20px;">_____ Pancreas</span> <span style="margin-left: 20px;">_____ Higado</span> <span style="margin-left: 20px;">_____ Pulmon</span> <span style="margin-left: 20px;">_____ Riñón/Pancreas</span>	

## PARTE IV - Historia del trasplante

A. Ha Recibido un transplante? _____ Si _____ No	B. Edad Al Recibir el Transplante
C. C. Tipo De Organo/ Transplante Recibido <span style="margin-left: 20px;">_____ Corazon</span> <span style="margin-left: 20px;">_____ Riñón</span> <span style="margin-left: 20px;">_____ Pancreas</span> <span style="margin-left: 20px;">_____ Higado</span> <span style="margin-left: 20px;">_____ Pulmon</span> <span style="margin-left: 20px;">_____ Rinon/Pancreas</span>	
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))	

**\*IMPORTANTE: Las Solicitudes de subsidios/ becas solo se pueden considerar si este formulario se completa en su totalidad.**

**PARTE V. Proveedor de seguro médico actual y prima de seguro mensual**

A. Gastos médicos mensuales - (incluyendo facturas de visitas al médico, laboratorios, imágenes, medicamentos, etc.) Indique los beneficiarios, el monto en dólares e incluya una copia de las facturas.

**PARTE VI. Otras Necesidades Financieras**

A. Facturas mensuales actuales que se han convertido en una dificultad debido a su estado de salud/trasplante (es decir, vivienda, servicios públicos, etc.)

**PARTE VII. Información Adicional**

A. Nombre de la persona principal del hogar (si es diferente al del paciente)		
B. Relación con el receptor	____ Cónyuge ____ Hijo ____ Padre ____ Hermano	
C. Domicilio		
D. Ciudad	E. Estado	F. Código Postal
E. Teléfono		
A. Cómo se enteró sobre JJ's Legacy?	____ Referencia de Trabajador/a Social ____ Referencia del Coordinador/a de Trasplantes ____ Referencia de su Doctor Primario ____ Redes Social ____ Sitio Web ____ Otro/a _____	

**\*IMPORTANTE: Las Solicitudes de subsidios/ becas solo se pueden considerar si este formulario se completa en su totalidad.**

### PARTE VIII. Información Demográfica

<b>Género</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Blanco(no-hispano) <input type="checkbox"/> Afroamericano(no-hispano) <input type="checkbox"/> Hispano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a)/Isleño(a) del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano(a)/Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Multirracial	
<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
<b>Ocupación</b>		<b>Empleador</b>	
<b>Situación Laboral</b> <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Militar en servicio activo <input type="checkbox"/> Disacapacitado(a) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> No Empleado(a) <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> Cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>¿Número de miembros del hogar, incluido usted mismo?</b>		<b>¿Cuántos niños menores de 18 años?</b>	
<b>¿Es un veterano(a)?</b> <input type="checkbox"/> Sí, que rama _____ <input type="checkbox"/> No _____		<b>¿Tiene una discapacidad?</b> <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> No	
<b>Nivel más alto de educación</b> <input type="checkbox"/> Sin educación formal <input type="checkbox"/> K-6to <input type="checkbox"/> 7mo-12vo <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Postgrado			
<b>Fuente primaria de ingresos</b> <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> CalFresh(estampillas) <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Sin Ingresos <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Rango de ingresos</b> <input type="checkbox"/> \$0-\$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,000-\$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,000-\$45,000 <input type="checkbox"/> \$45,000-\$60,000 <input type="checkbox"/> \$60,000+	
<b>¿Está inscrito en Medi-Cal?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, ¿quién es su proveedor de seguros?		<b>¿Está inscrito en CalFresh? (beneficios alimentarios)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Tiene acceso a las necesidades básicas (alimentos, vivienda, ropa, atención médica, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</b>			
<b>¿Tiene alguna necesidad inmediata? Por favor háganoslo saber:</b>     			



## PARTE VIII: Firma/Autorización Para Divulgar Información:

*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.*

*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.*

**Firma**

**Fecha**

**Subsidio/ Becas** - El Programa de Subsidio y Becas de JJ's Legacy le ayudarán a individuos a lo largo de su proceso de transplante. El comité de Subsidio y Becas de JJ's Legacy revisará y aprobará la solicitud de subvención. Por favor permita 90 días a partir del día en que presentó la solicitud.

**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 JJ's Legacy al 661-489-4430**

**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.**