



DONOR

Inspiring Kern County to "Donate Life"

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

***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?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
B. Fecha en que comenzó la diálisis?	
C. Si eligió si, como se llama la clínica?	
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?
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 Organio Necesita	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Por Favor Marque Uno	<input type="checkbox"/> Corazon <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Pancreas <input type="checkbox"/> Higado <input type="checkbox"/> Pulmon <input type="checkbox"/> Riñón/Pancreas

PARTE IV - Historia del trasplante

A. Ha Recibido un transplante?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	B. Edad Al Recibir el Transplante
C. C. Tipo De Organio/ Transplante Recibido	<input type="checkbox"/> Corazon <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Pancreas <input type="checkbox"/> Higado <input type="checkbox"/> Pulmon <input type="checkbox"/> 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)		

***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?	<input type="checkbox"/> Referencia de Trabajador/a Social <input type="checkbox"/> Referencia del Coordinador/a de Transplantes <input type="checkbox"/> Referencia de su Doctor Primario <input type="checkbox"/> Redes Social <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Otro/a _____
--------------------------------------	--

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

PARTE VIII. Información Demográfica

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



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 trasplante. 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.