

Vail Valley Charitable Fund
Solicitud de Asistencia



El Vail Valley Charitable Fund (VVCF) ofrece asistencia a las personas que viven o trabajan en el Vail Valley que están sufriendo una dificultad financiera debido a una crisis médica o una enfermedad que a largo plazo afecta la capacidad del individuo para mantener a sí mismo o a su familia.

- **Para solicitar una subvención de ayudas directas, los solicitantes deberán: 1) ser ciudadano de los Estados Unidos o ser residente documentado de los EE.UU.; 2) haber vivido y/o trabajado en el Vail Valley por un período de al menos un año; 3) Actualmente vivir y/o trabajar a tiempo completo en el Vail Valley; y 4) documento que la dificultad se debe directamente a una crisis médica o enfermedad a largo plazo.**
- Se da prioridad a las personas con condiciones de salud catastróficas, las personas que tienen muchos años viviendo en nuestra comunidad, los que han tomado los primeros pasos para hacer frente a la crisis financiera, y los que han estado involucrados en su comunidad.
- Los solicitantes deben tener 18 años de edad o más. Si una crisis financiera se debe a la enfermedad o lesión de un niño, el "solicitante" sería padre del niño o el tutor legal.
- Los fondos de la subvención no se pueden utilizar para los funerales, gastos de entierro o procedimientos electivos.
- La subvención máxima de la ayuda directa del VVCF es de \$ 5.000.
- El VVCF puede financiar la totalidad de su solicitud, un parte o nada.
- El VVCF podrá, a su sola discreción, optar por pagar directamente los gastos de candidatos.
- El VVCF proporciona la asistencia de una sola vez. Sólo en circunstancias raras hacen excepciones. Si usted ha recibido una subvención de la VVCF en el pasado, por favor póngase en contacto con nosotros antes de enviar otra aplicación.
- Las solicitudes son revisadas mensualmente por el Consejo de Administración VVCF. Esta evaluación normalmente (aunque no siempre) se sucede el primer jueves de cada mes.

- Las solicitudes deben presentarse el último día del mes anterior a la consideración. (Es decir presentar la solicitud el 31 de diciembre para su revisión en enero.)
- Please include physician documentation, paystubs, and relevant bills with application.
- ***Llena toda la aplicación. Si una pregunta no es aplicable a la situación del solicitante, por favor escriba "n/a" en el espacio proporcionado. No lo deje en blanco. No se considerarán las solicitudes incompletas.***

Información de Solicitante

Fecha de hoy: _____

Nombre de solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de CORREO: _____

Dirección física (si es diferente): _____

Número de años que has vivido en el Condado de Eagle: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____

Estado residencia: US Citizen _____ Documentado _____ Residente _____

Indocumentados _____

Si usted eres un residente documentado, proporcione una fotocopia de su documentación de residencia. También especificar el tipo de visa que usted tiene y su fecha de caducidad: _____

Si esta solicitud está siendo completado por una persona distinta del solicitante, por favor proporcionar el nombre del individuo, dirección postal, número de teléfono y relación con el solicitante: _____

Cantidad de solicitud (Debe poner una cantidad específica): ___\$_____

Describe para que se utilizará los fondos de subvención. Por favor sea específico. _____

Información de empleo

Está trabajando actualmente? Tiempo Parcial _____ Tiempo completo _____

Estacional _____ Desempleado _____

Empleador: _____ Tipo de negocio: _____

Cargo: _____ Años hay: _____

Supervisor: _____ Teléfono del supervisor: _____

Empleador anterior: _____ Años hay: _____

Si su condición ha requerido una reducción de horas, describir. (Debe ser justificada por una nota del médico.) _____

Si eres desempleado, por cuanto tiempo ha sido desempleado? _____

Es su desempleo relacionado a su salud? (Debe ser justificada por una nota del médico.)

Si _____ No _____

Cuando puede regresar a trabajo? (Debe ser justificada por una nota del médico.) _____

Está trabajando actualment su cónyuge? Tiempo Parcial _____ Tiempo completo _____

Estacional _____ Desempleado _____

Empleador de su cónyuge: _____ Tipo de negocio: _____

Cargo: _____ Años hay: _____

Supervisor: _____ Teléfono del supervisor: _____

Empleador anterior: _____ Años hay: _____

Si su estado de salud actual ha exigido una reducción de horas, por favor describa. _____

Seguro de Salud información

¿Tiene seguro de salud? Sí _____ No _____

Nombre de la compañía: _____

Si está empleado, ¿su empleador ofrece seguro de salud? Sí _____ No _____

Si en paro, ¿estás / estabas elegible para COBRA? Sí _____ No _____

Si tiene seguro pagado por su trabajo, o el seguro privado, ¿cuál es su deducible anual? _____

Si tiene seguro pagado por su trabajo o el seguro privado, ¿cuanto es el monto máximo que tiene que pagar con fondos propios? _____

ACTIVOS & INGRESOS

DEUDAS & GASTOS

		<u>Balance</u>	<u>Pago/Mes</u>
Efectivo en banco	\$ _____	Balance de tarjeta de credito	\$ _____
Valor - Acciones / Bono	\$ _____	Préstamo de acciones	\$ _____
Valor en Efectivo Seguro de Vida	\$ _____	Préstamo de seguro de vida	\$ _____
		Préstamos jubilación	\$ _____
<u>Bienes Raices</u>	<u>Valor</u>		
Vivienda Principal	\$ _____	Saldo de la hipoteca	\$ _____
Otra residencia	\$ _____	Saldo de la hipoteca	\$ _____
Propiedad de alquiler	\$ _____	Saldo de la hipoteca	\$ _____
Terreno / Otro	\$ _____	Saldo de la hipoteca	\$ _____

Vehículo a motor (Año/Marca)	<u>Valor</u>	Préstamo sobre el capital de la propiedad		
	\$	Préstamo del auto/arrendimiento	\$	\$
	\$	Préstamo del auto/arrendimiento	\$	\$
	\$	Préstamo del auto/arrendimiento	\$	\$
	\$	Préstamo del auto/arrendimiento	\$	\$
Ahorro para el Retiro		Otras deudas (describe)		
IRAs	\$		\$	\$
401K	\$		\$	\$
Pensión	\$		\$	\$
Otro	\$		\$	\$
Otros activos (describe)		Cargo por renta / Mes		\$
	\$	Cuota del propietarios / Mes		\$
	\$	Utilidades / Mes		\$
	\$	Alimentos/Mes		\$
Salario bruto/Mes Solicitante*	\$	Pagados mensuales- factura médica		\$
Salario bruto/Mes Cónyuge*	\$	Recetas/mes		\$
Salario mensual de otros en casa	\$	Gastos para cuidado infantil		\$
Ingresos de propinas/bonificación	\$	Pensión conyugal/Mes		\$
Ingresos de alquiler	\$	Cuota alimentaria/Mes		\$
Pensión conyugal/cuota alimentaria recibida	\$	Seguro del auto		\$
Otros ingresos (describe)		Seguro de propiedad/ seguro de arrendatario		\$
	\$	Otros Gastos (describe)		\$
	\$			\$
	\$			\$

* Dos meses de talones de pago o declaraciones de impuestos anuales son requeridos para la documentación.

Información del Hogar (Por favor, enumerar las otras personas que viven en su casa.)

Nombre	Edad	Relación	Trabajo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Miembros de su familia con otra dirección. (Enumera niños/familia inmediata viviendo fuera de su hogar.)

Nombre	Edad	Relacion al solicitante	Trabajo (si es pertinente)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si usted vive con personas que no son parte de su familia inmediata, por favor describir si, y cómo, usted comparte los gastos mensuales de subsistencia mutuos ¿Son los gastos mensuales que usted ha enumerado por encima de su cuota personal o total del hogar? _____

Gastos Médicos

A pesar de que una subvención VVCF tiene un máximo de 5.000 dólares, es útil para la Junta VVCF para comprender totalmente la magnitud de la deuda médica que usted está enfrentando. Por favor, especifique los proveedores de atención médica que usted debe, junto con la porción de sus facturas médicas para que usted es personalmente responsable. Por favor, incluya una fotocopia de estas cuentas con su aplicación. (Por ejemplo, usted puede ser responsable por \$500 de la cuenta de \$10,000 para una visita a la sala de emergencia de y \$25 del cuenta total de \$300 para una visita al consultorio.) Tenga en cuenta que si el VVCF está pagando las facturas médicas directamente, llamamos el proveedor para tratar de organizar un descuento . Necesitamos su permiso formal para hablar con el médico sobre su cuenta. Su firma, a continuación, nos concede el permiso para hacer que el contacto inicial. Su proveedor puede requerir consentimiento adicional.

Proveedor de servicios medicales

(Por ejemplo: Vail Valley Medical Center)

Total Adudado por Solicitante

(Por ejemplo: \$1,000)

<hr/>	<hr/>

Gastos Básicos

Si usted está solicitando ayuda con los gastos de manutención básicos, tales como alquiler, hipoteca, servicios públicos, el pago de COBRA, etc., es útil a la Junta VVCF saber la cantidad de su pago mensual, así como los nombres relevantes, direcciones, y números de

cuenta que pueden ser necesario para pagar estos cuentas. Por favor enumerarlos a continuación.

Cosa	Pagado a	Numero de referencia/condado	Dirección de correo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Participación en la Comunidad: Por favor describa cómo usted ha estado involucrado en su comunidad.

Los intentos de abordar su Necesidad económica:

Hay muchas maneras de que los solicitantes pueden tratar de hacer frente a su crisis financiera antes de ponerse en contacto con el VVCF. Los ejemplos incluyen el contacto con los proveedores médicos para solicitar un descuento o plan de pago; contactando Salud y Servicios Humanos del Condado de Eagle para determinar si usted es elegible para Medicaid o CHP +, contactando el Estado de Colorado, si su enfermedad o lesión que te pueden calificar para el seguro de discapacidad; perseguir pagos de seguros si su lesión es el resultado de un accidente automovilístico; asegurando que el papeleo para manejo de reclamaciones por indemnización laboral está completo, si usted se lesionó en el trabajo; contactar su banco prestamista para discutir una línea de crédito sobre su casa; la venta de un vehículo no utilizado o de segunda casa/propiedad; sacar provecho de las inversiones; tomando en un compañero de cuarto para renta de alquiler, o tomar un préstamo en contra de una política de

**Nombre del Paciente /
Solicitante:**

**Nombre del
medico/proveedor:**

Comentarios del médico:

Antecedentes

Utilice el siguiente espacio para describir las circunstancias que llevaron a su situación actual. Incluya fechas relevantes, diagnósticos, tratamientos, descripción de las lesiones, el pronóstico, etc. Si su enfermedad o lesión se ha traducido en la pérdida de salarios o el empleo, por favor describa. También describir el impacto que su enfermedad o lesión ha tenido en su ingreso familiar total y capacidad para cumplir con los gastos de rutina. Por favor, dígame al VVCF cómo una subvención de nosotros se adapte a sus necesidades. Si su necesidad económica supera la cantidad de fondos que el VVCF puede asignar, por favor, comparta con nosotros su plan para hacer frente a sus necesidades financieras restantes.

Yo _____ afirmo que lo anterior es verdadera y exacta.
(Nombre)

Con mi firma, a continuación, doy mi permiso al Vail Valley Charitable Fund, Inc. (VVCF) para contactar a mi empleador, personas con las que puedo tener cuentas, mis proveedores médicos y los departamentos de contabilidad de mis proveedores médicos. Entiendo que, en mi nombre, el VVCF puede tratar de organizar descuentos y/o planes de pago. Además, entiendo que la VVCF no está proporcionando asesoramiento legal, sobre impuestos, o servicios contables para mí y no asumirá ninguna responsabilidad u obligación legal para cualquiera de mis asuntos, responsabilidades, o cuentas. También autorizo la VVCF usar mi nombre para materiales de promoción si yo recibo asistencia del VVCF.

Firma

Fecha

Por favor devuelva la solicitud completa y todos los anexos solicitados a:

Brooke Skjonsby, Executive Director
Vail Valley Charitable Fund
PO Box 2307
Edwards, CO 81632
Ph: 970.524.1480 Fx: 970.524.1489
www.vvcf.org brooke@vvcf.org