****

**Programa de asistencia para los discípulos mayores**

(para mayores de 62 años)

[Logo: Iglesia cristiana discípulos de cristo

Región Suroeste del Pacífico]

SOLICITUD DE ESTIPENDIO MENSUAL

*Escriba toda la información en letra molde*

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del solicitante |  | Fecha de nacimiento |  |

(DD/MM/AAAA)

**Dirección de residencia del solicitante**

|  |  |
| --- | --- |
| Calle |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad |  | Estado |  | Zip |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono | ( ) | Correo electrónico |  |

**Dirección postal si es diferente de la dirección residencial anterior**

|  |  |
| --- | --- |
| Calle o apartado postal |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad |  | Estado |  | Zip |  |

**Congregación a la que pertenece el solicitante**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de su iglesia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del pastor |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Calle |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad |  | Estado |  | Zip |  |

**Datos de la persona que presenta la solicitud, si es diferente del solicitante**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | Relación |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Calle o apartado postal |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad |  | Estado |  | Zip |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono | ( ) | Correo electrónico |  |

**Persona designada como responsable de representar al solicitante** *(No existe responsabilidad financiera para el solicitante)*

(es decir, familiar, persona con un poder legal, tutor que esté en contacto regular con el solicitante)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | Relación |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Calle o apartado postal |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad |  | Estado |  | Zip |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono | ( ) | Correo electrónico |  |

**DEMOSTRACIÓN DE NECESIDAD ECONÓMICA**

**Uso del solicitante de los recursos disponibles para solventar los gastos de manutención**

Se anima a los solicitantes a hacer uso de los recursos disponibles en la comunidad para obtener ayuda. Marque la casilla si el solicitante se ha comunicado con alguna agencia para ayudar a obtener recursos financieros disponibles.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Agencia del área para adultos mayores | Nombre del contacto |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono |  | Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP, por sus siglas en inglés) |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del contacto |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono |  | Correo electrónico |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del contacto |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono |  | Correo electrónico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Otro | Nombre de la agencia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del contacto |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono |  | Correo electrónico |  |

¿Qué alternativas, en su caso, ha puesto en práctica o explorado para reducir sus gastos de manutención? ¿Hay algo más que pueda hacer?

|  |
| --- |
|  |

**Información sobre las partes que contribuyen a su manutención económica**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Se le ha pedido a su familia que contribuya a tu manutención? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | Relación |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Calle o apartado postal |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad |  | Estado |  | Zip |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono | ( ) | Correo electrónico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Monto de la contribución | $ | Frecuencia (mensual, anual, otra) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | Relación |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Calle o apartado postal |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad |  | Estado |  | Zip |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono | ( ) | Correo electrónico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Monto de la contribución | $ | Frecuencia (mensual, anual, otra) |  |

**INFORMACIÓN FINANCIERA DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACTIVOS |  | PASIVOS |

**Efectivo Saldos de préstamos**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuenta corriente | $ |  | Hipoteca de vivienda |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuentas de ahorros/ Certificados de depósito | $ |  | Préstamo con respaldo hipotecario |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuenta de valores de inversión | $ |  | Otro: |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Seguro de vida/anualidad con valor en efectivo | $ |  |  |  | $ |

**Valor de los bienes inmuebles** **Tarjetas de crédito**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Casa | $ |  |  |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Otra propiedad | $ |  |  |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Automóvil | $ |  |  |  | $ |

**Otro** **Otro**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | $ |  |  |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TOTAL DE ACTIVOS** |  | $ |  | **TOTAL DE PASIVOS** |  | $ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INGRESOS MENSUALES |  | GASTOS MENSUALES |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Seguro Social/SSA |  | $ |  | **Del hogar** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Seguro de Ingreso Suplementario/SSI |  | $ |  | Hipoteca/Alquiler/Comisión |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Programas especializados de secundaria |  | $ |  | Servicios/Teléfono/Cable |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pensión/401 |  | $ |  | Impuestos de la propiedad |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuenta Individual de Retiro (IRA) |  | $ |  | **Seguro** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ingresos/Intereses de inversión |  | $ |  | Médico |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Asistencia familiar |  | $ |  | Automóvil |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Otro** (lista) |  |  |  | Casa o alquiler |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | $ |  | **Médicos** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | $ |  | Citas/Tratamiento |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | $ |  | Récipes |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TOTAL DE INGRESO MENSUAL** |  | $ |  | Odontología |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Oftalmología |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Sin récipe médico |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **Gastos personales** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ***Nota para gastos mensuales:***  *Pondere los gastos anuales, semestrales y trimestrales en su equivalente mensual.* |  | Comida |  | $ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Productos para el hogar |  | $ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Ocio/Entretenimiento |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Transporte/Combustible |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Veterinario |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Diezmo/Ofrenda de la Iglesia |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **TOTAL DE GASTOS MENSUAL** |  | $ |

**INFORMACIÓN DE REFERENCIA DE LA CONGREGACIÓN**

Proporcione la información de contacto de las dos personas que presentarán formularios de referencia para el solicitante. *Consulte las instrucciones en los formularios de referencia.*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del pastor |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono | ( ) | Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono | ( ) | Correo electrónico |  |

**SOLICITUD DE ESTIPENDIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Cantidad mensual solicitada  *(Hasta $700,00 por mes)* | $ |

**Información sobre terceros beneficiarios del pago de estipendios**

(por ejemplo, propietario, centro residencial, proveedor de servicios, persona responsable)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nombre del proveedor o de la agencia |  | Cantidad | $ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del proveedor o de la agencia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del contacto |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Calle o apartado postal |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad |  | Estado |  | Zip |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono | ( ) | Correo electrónico |  |

**LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES**

🗹 Formulario de solicitud

✓ Información del solicitante (Página 1)

✓ Utilización de recursos (Página 2)

✓ Información financiera del solicitante (Página 3)

✓ Solicitud de estipendio (Página 5)

🗹 Copia de la declaración de la renta más reciente, o documentación de exención fiscal, si está disponible. (Adjuntar)

🖂 Formulario de referencia que debe presentar el pastor

🖂 Formulario de referencia que debe presentar otro miembro de la congregación

ENVÍE LA SOLICITUD O LOS FORMULARIOS DE REFERENCIA A:

OAMC O mande al correo electrónico [OAMC@docpswr.org](mailto:OAMC@docpswr.org) la solicitud escaneada o PDF

Christian Church (DOC) PSWR

115 E. Wilshire Avenue

Fullerton, CA 92832



**Programa de asistencia para los discípulos mayores**

(para mayores de 62 años)

REFERENCIA DE LA CONGREGACIÓN PARA EL ESTIPENDIO MENSUAL

*Escriba toda la información en letra molde*

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del solicitante |  | Fecha |  |

(DD/MM/AAAA)

Renuncio al derecho de revisar las referencias presentadas para el programa de asistencia para los discípulos mayores.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del solicitante |  |

**EL PASTOR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN Y ENVIAR EL FORMULARIO DIRECTAMENTE A LA OAMC**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del pastor |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Calle |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad |  | Estado |  | Zip |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono | ( ) | Correo electrónico |  |

Describa la participación de la congregación solicitante y la necesidad de ayuda financiera.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del pastor |  |

ENVIAR REFERENCIA A:

OAMC O mande al correo electrónico [OAMC@docpswr.org](mailto:OAMC@docpswr.org) la solicitud escaneada o PDF

Christian Church (DOC) PSWR

115 E. Wilshire Avenue

Fullerton, CA 92832



**Programa de asistencia para los discípulos mayores**

(para mayores de 62 años)

REFERENCIA DE LA CONGREGACIÓN PARA EL ESTIPENDIO MENSUAL

*Escriba toda la información en letra molde*

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del solicitante |  | Fecha |  |

(DD/MM/AAAA)

Renuncio al derecho de revisar las referencias presentadas para el programa de asistencia para los discípulos mayores.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del solicitante |  |

**EL MIEMBRO DE LA CONGREGACIÓN DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN Y ENVIAR EL FORMULARIO DIRECTAMENTE A LA OAMC**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Calle |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad |  | Estado |  | Zip |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono | ( ) | Correo electrónico |  |

Describa la participación de la congregación solicitante y la necesidad de ayuda financiera.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del miembro de la congregación |  |

ENVIAR REFERENCIA A:

OAMC O mande al correo electrónico [OAMC@docpswr.org](mailto:OAMC@docpswr.org) la solicitud escaneada o PDF

Christian Church (DOC) PSWR

115 E. Wilshire Avenue

Fullerton, CA 92832