**HOJA DE INFORMACIÓN:**

**Fondo de Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada**

*Actuializado en junio 2019*

**¿Qué es el fondo de Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada (Disciples Senior Assistance)?**

El Fondo ADEA pone dinero a disposición de los adultos de edad avanzada que necesitan asistencia básica continua con el alquiler, atención médica, servicios públicos, las recetas medicas, los gastos de alimentos y cosas similares. Parte de este dinero también está disponible para necesidades a corto plazo, como costos médicos adicionales inesperados. No se esperan reembolsos ni devolución de este dinero.

**¿Quién es elegible para solicitar fondos de Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada (ADEA)?**

Los individuos, de 62 años o más, en congregaciones en la Región del Suroeste del Pacífico (PSWR) de Discípulos de Cristo durante al menos un año son elegibles para aplicar.

Su saldo combinado de cuenta corriente y ahorro es inferior a $ 7,000

Tenga en cuenta que en algunos casos, los beneficios / ingresos que ya recibe podrían verse en peligro o verse afectados negativamente al recibir esta ayuda financiera. Si no está seguro, ¡pregúntenos! Le recomendamos encarecidamente que consulte con su profesional de impuestos para determinar si esta asistencia tendría alguna ramificación fiscal para usted.

**¿Cuánto dinero se otorga a cada solicitante aprobado?**

Para la asistencia continua, el máximo es actualmente de $ 600 por mes (es decir, $ 7,200 por año). Para asistencia a corto plazo, el máximo es actualmente de $ 2,000 por año para cualquier solicitante aprobado. Esta asistencia económica cubre un período de un año. Actualmente no hay límite para cuántos años se le pueden otorgar fondos ADEA a una persona. Cada asistencia económica depende de la necesidad demostrada y de los fondos disponibles. Nuestro objetivo es ser lo más equitativo posible para la mayor cantidad de personas posible.

**¿Cómo funciona el proceso de presentación de la solicitud?**

1. Complete un formulario de solicitud de ADEA o un formulario de solicitud de necesidad a corto plazo de ADEA. Además del adjunto, los formularios se pueden descargar de www.disciplespswr.org, o se pueden obtener llamando a la oficina de PSWR al (626) 296-0385.
2. Su solicitud completa requiere dos cosas importantes: (1) un estado de ingresos / gastos; y (2) información de contacto para referencias y / o la "parte responsable" que lo representa a usted. Para obtener asistencia continua, también se le solicita que proporcione una copia de su declaración de impuestos o declaración de exención de impuestos presentada más recientemente.
3. Envíe el documento de solicitud completo a PSWR, “ATENCIÓN: Ministro regional - OAMC confidencial” en la Iglesia Cristiana (DOC) PSWR, 115 E. Wilshire Ave, Fullerton CA 92832.
4. Las asistencias económicas no se renuevan automáticamente. Debe volver a presentar una solicitud cada año en el que solicite esta asistencia económica.

***Por favor vea la parte posterior de esta página para más información***

**HOJA DE INFORMACIÓN, Fondo de Asistencia para Discípulos (continuación del frente)**

**¿Cómo funciona el proceso de revisión de la solicitud?**

1. Un grupo designado del Comité del Ministerios para Adultos de Edad Avanzada (CMAEA) del PSWR revisará las solicitudes.
2. Un representante de CMAEA puede llamarle por teléfono o enviarle un correo electrónico, y/o el grupo responsable de usted o algunos de sus referencias con el propósito de darle seguimiento de su solicitud. El objetivo de CMAEA es asegurarse de que sus necesidades, consideraciones financieras y posibles opciones de ayuda financiera, *todas serán tratadas confidencialidad*, esto se debe entender claramente.
3. Recibirá una notificación por escrito dentro de los 60 días, sí o no, en respuesta a su solicitud presentada / revisada.
4. Si su solicitud es aprobada para recibir fondos, se le pedirá que firme una declaración que confirme que una ayuda de fondos ADEA no tendrá un impacto negativo en otras fuentes de ingresos / apoyo financiero que tenga.

**¿De dónde proviene el dinero para la** **Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada (Disciples Senior Assistance)?**

Generosas personas y familias en el pasado y el presente de nuestra Región han contribuido para hacer posible los fondos especiales de otorgación. Estos fondos están designados de manera permanente, específica y exclusivamente, para brindar atención complementaria a nuestros ancianos que lo necesitan. El interés de estos fondos patrimoniales es que se utilizen para proporcionar dicha asistencia. La Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada está compuesto por:

* La Comunidad de John Fund
* El Fondo de la Comunidad de Ruth
* La confianza familiar de Kok

**¿Se aceptan donaciones para la Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada?**

¡Absolutamente! Sus contribuciones son bienvenidas y se invertirán sabiamente en los fondos de ayuda financiera establecidos para financiar este ministerio solidario. Comuníquese con la oficina de la Región del Suroeste del Pacífico de DOC al (626) 296-0385 para obtener más detalles.

**¡Que el Dios de la gracia agregue las bendiciones de conexión y cuidado**

**Por cada dólar que la Región Suroeste del Pacífico use para ayudar a nuestros adultos de edad avanzada!**

**Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada**

**(para las edades de 62+)**

Compuesto por: la Comunidad de John Fund

El Fondo de la Comunidad de Ruth

La confianza familiar de Kok

Updated June 2019

# Solicitud

# Período de tiempo cubierto por esta solicitud: 12 meses.

# Las personas con Medi-Cal o Asistencia Federal no son elegibles para solicitar.

## ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE O IMPRIMIR TODA LA INFORMACION

Nombre del solicitante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Residencial del Solicitante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Postal (si es diferente a la Residencial) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de la Membresía Congregacional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre de la congregación)

City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información de la persona que completa la solicitud, si es diferente del solicitante:

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**+Referencias+**

**Con el propósito de describir su participación en una congregación:**

1. Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ministro o Pastor)

1. Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Los formularios de referencia se adjuntan en las páginas 7-8. Complete la parte superior de cada uno, luego deles a sus dos referencias para completar y enviar como se indica.**

# Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada

# Aplicación

(Página 2)

La Cantidad de dinero que necesita: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razones por la cual los necesita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(puede añadir más páginas adicionales de ser necesario)

Nuestra política es distribuir fondos a un tercero (es decir, el proveedor de servicios necesarios). Proporcione la dirección y el número de teléfono de la persona o empresa que proporcionará los servicios que necesita.

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada

# Aplicación

(Página 3)

El enfoque el Fondo de Asistencia para Discípulosde Edad Avanzada de PSWR es regional, y nuestro objetivo es ser lo más equitativo posible para la mayor cantidad de personas posible. Para ayudar a la región a evaluar las solicitudes de manera más efectiva, proporcione la siguiente información:

¿Se ha conectado con alguna persona o agencia externa, como la Agencia del Área para el Envejecimiento, el Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro de Salud local (HICAP), etc. para ayudarlo a evaluar sus recursos y otros recursos disponibles para usted?

Sí \_\_\_\_ Nombre de la Agencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de persona, si alguna, en la agencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

¿Qué alternativas, si alguna, ha explorado para reducir sus costos de vida? ¿Qué más puedes hacer?

**INFORMACIÓN SOBRE LAS PARTES QUE CONTRIBUYEN**

**AYUDA FINANCIERA**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo\_\_\_\_\_\_\_

Cantidad de apoyo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Mensualmente, anualmente, otros)

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo\_\_\_\_\_\_\_

Cantidad de apoyo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Mensualmente, anualmente, otros)

¿Qué podría aportar su familia más allá de esta cantidad?

# Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada

# Aplicación

(Página 4)

##### **+ Información Financiera+**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ACTIVOS Y PASIVOS

1. ACTIVOS 2. PASIVOS

Efectivo y cuenta de ahorros $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuentas mensuales actuales: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valores de inversión $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Depósito de seguridad del apartamento $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor en efectivo seguro de vida / anualidades $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cantidad nominal: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor de los bienes inmuebles: (detallar) Saldos de préstamos:

Automóvil $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inicio $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pasivos totales $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Activos netos $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Activos totales: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B. INGRESOS Y GASTOS**

3. INGRESOS MENSUALES 4. GASTOS MENSUALES

Seguridad Social $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hipoteca mensual, alquiler o

    tarifa de atención de la agencia $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pensión / Jubilación $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gastos médicos:

Interés / inversiones Diagnóstico $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

            (Lista de fuentes) Tratamientos $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicamentos recetados $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuidado dental $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuidado de los ojos $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asistencia familiar $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro (incluidos SSI, SSP) Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                    (Lista de fuentes) Gastos personales:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alimentos $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Transporte $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Utilidades $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ingresos mensuales totales: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gastos mensuales totales $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada

# Aplicación

(Página 5)

¿Hay alguna forma en que este apoyo o ayuda financiera, si se otorga, podría afectar negativamente su situación general de vida?

**PROPORCIONE UNA COPIA DE SU DECLARACIÓN MÁS RECIENTE DE IMPUESTOS SOBRE LOS INGRESOS PRESENTADOS o documentación de exención.**

# Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada

(Página 6)

**+Parientes Vivos+**

¿Quién es la parte responsable (es decir, la persona que ha designado para representarlo)?

**Nombre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(agregue una página adicional si se necesita más espacio)

Nombre y número de teléfono de la persona que completa este formulario si no es el solicitante.

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEVOLVER LA SOLICITUD A:**

**Regional Minister – CONFIDENTIAL**

**Christian Church (DOC) PSWR**

**115 E Wilshire Ave**

**Fullerton, CA 92832**

**Phone: 626.296.0385**

# Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada

(Página 7)

**Hoja de información de referencia**

PRINT OR TYPE ALL INFORMATION

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**SOLICITANTE**

*(Solicitante – i.e., la persona que solicita fondos - debe completar esta parte)*

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Renuncio al derecho de revisar las respuestas de referencia a esta solicitud:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Applicant

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**REFERENCIA**

*(Reference should complete this portion)*

Nombre de referencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado **\_\_\_\_\_\_\_\_** Código postal **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Correo electrónico **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Cómo conoces a este solicitante? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Comentarios (use el reverso de la hoja si es necesario):

RETURN TO:

Regional Minister – CONFIDENTIAL

115 E Wilshire Ave

Fullerton, CA 92832

Phone: 626.296.0385

# Asistencia para Discípulos de Edad Avanzada

(Página 7)

**Hoja de información de referencia**

PRINT OR TYPE ALL INFORMATION

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**SOLICITANTE**

*(Solicitante – i.e., la persona que solicita fondos - debe completar esta parte)*

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Renuncio al derecho de revisar las respuestas de referencia a esta solicitud:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Applicant

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**REFERENCIA**

*(Reference should complete this portion)*

Nombre de referencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Ciudad **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Estado **\_\_\_\_\_\_\_\_** Código postal **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Correo electrónico **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Cómo conoces a este solicitante? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Comentarios (use el reverso de la hoja si es necesario):

RETURN TO:

Regional Minister – CONFIDENTIAL

115 E Wilshire Ave

Fullerton, CA 92832

Phone: 626.296.0385