

## DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Identificación de Nevada con foto (si tiene una) o comprobante de domicilio con la dirección de Nevada
- La Aplicación
- Comprobante de ingreso (s) de la familia
- Formulario de autorización (firmado por el solicitante) (Excepciones se harán cuando recoja las cosas después de haber firmado o requerimos los papeles del Poder Legal si alguien más firma por el solicitante)
- Requerimos una Receta Médica para  
Nebulizador / Andaderas con asiento y brecas / Suplementos Líquidos de Nutrición / Tiritas para Diabetes / Sillas Eléctricas (scooters) / Maquina para la presión / Catéteres / suministros para la incontinencia / oxímetro de pulso

Otra: \_\_\_\_\_

Gracias,

CARE Chest



# CARE Chest

Renewing Hope · Nurturing Independence

/910 North Virginia St.  
Reno, NV 89506  
Phone: 775-829-2273  
Fax: 775-829-8745  
CAREChest.org

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

**Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sexo:** M/F **Tiempo en NV:** \_\_\_\_\_

**Raza** (escoja una): Asiático/Negro/Blanco/Hispano/Americano Nativo/Otro

**Seguro médico** (escoja todas pertinentes): Ninguna/Medicare/Medicaid/Privado/Otro: \_\_\_\_\_

**Condición(es) médicas:** \_\_\_\_\_

**Doctor/clínica:** \_\_\_\_\_ **¿Veterano?** Sí/No

**Dirección del cliente:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**# de personas en familia:** \_\_\_\_\_ **# de adultos:** \_\_\_\_\_ **¿Es Ud. jefe de familia?** Sí/No

**Nombre de persona de contacto:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_ **¿Relación con usted?** \_\_\_\_\_

**¿Cómo supo Ud. de CARE Chest?** \_\_\_\_\_

**¿Trabaja?:** Sí/No **Empresa:** \_\_\_\_\_

**¿Si no tiene trabajo, es Ud.** (escoja uno) jubilado/incapacitado?

**Ingresos mensuales de casa** (incluso los beneficios del Seguro Social, pensiones, etc.) \_\_\_\_\_

**Servicios solicitados de CARE Chest:** \_\_\_\_\_

### Expenses (Solamente para uso de CARE Chest)

Rent/Mtg \_\_\_\_\_ Utilities \_\_\_\_\_ Transportation \_\_\_\_\_ Medical Expenses \_\_\_\_\_

Child Care \_\_\_\_\_ Food & Clothing \_\_\_\_\_ Credit Payments \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Total Expenses \$ \_\_\_\_\_ Amount Left \$ \_\_\_\_\_



/910 North Virginia St.  
Reno, NV 89506  
Phone: 775-829-2273  
Fax: 775-829-8745  
CAREChest.org

## Verificación de Ingresos

Esto es para certificar que mi/nuestros ingresos(s) totales son \$ \_\_\_\_\_,  
que incluyen cualquier beneficios o asistencia y provee a una familia de \_\_\_\_\_.  
Al mejor de mi conocimiento, la declaracion antes mencionada es verdadera y  
correcta.

Firma: \_\_\_\_\_

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

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

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Entiendo que el equipo recibido es propiedad de CARE Chest of Sierra Nevada y que es un préstamo sin ningún costo monetario al paciente para su uso y comodidad. Este préstamo está sujeto a las siguientes condiciones:

1) Al firmar, el cliente reconoce que la información en este formulario es correcta y verdadera para el mejor uso de su facultad y que todos los requisitos de CARE Chest han sido cumplidos. Al firmar concuerda en notificar a CARE Chest of Sierra Nevada de algún cambio de información que está en este formulario.

2) Al firmar, el cliente concuerda que el equipo, suplementos y servicios recibidos podrían/fueron modificados y reconozco recibirlos de esta manera.

3) En consideración con uso del equipo recibido, al firmar, el cliente se representa así mismo, esposo/a, representante legal, herederos y personal asignado, cede su derecho y libera a CARE Chest of Sierra Nevada, sus miembros, directores, oficiales y empleados de toda responsabilidad legal, el cliente se representa a sí mismo, esposo/a, representante legal, herederos y personal asignado, de una demanda por causa de heridas, pérdidas y daños a la propiedad, pero no se limitan a heridas que resulten en muerte del cliente o la persona que firmo, causadas por negligencia del cliente al usar dicho equipo recibido. Al firmar, el cliente está de acuerdo y libera a todo el personal de cualquier pérdida, daños, y costos que incluyen gastos de abogados o que pudieran surgir durante el préstamo del equipo recibido. Al firmar, el cliente asume toda responsabilidad por riesgos de heridas, muerte o daños a propiedad causados por usar el equipo recibido. Al firmar, el cliente está de acuerdo con este formulario de autorización de responsabilidad que es intencionalmente amplio y permitido por las leyes del Estado de Nevada, y si alguna porción de este es invalida, usted está de acuerdo que la otra parte que es válida seguirá siendo legal.

4) Al firmar, el cliente concuerda en ser el responsable por el equipo recibido; y si este equipo no es usado como es debido, dañado, o destruido mientras este está en posesión del cliente, el cliente será responsable de pagar por todos los costos de reparación o remplazo de este equipo.

5) Requiere sus iniciales, el cliente tomará prestado el equipo médico por: \_\_\_ corto tiempo o \_\_\_ largo tiempo y concuerda en regresarlo lo más pronto posible en la misma condición que lo recibió cuando ya no exista razón de uso. Al firmar, el cliente concuerda en regresar el equipo en una condición limpia.

6) Si \_\_\_ No \_\_\_ Al firmar, el cliente sede permiso a CARE Chest of Sierra Nevada de publicar el nombre y alguna parte del caso (puede incluir escritos, fotografías, y/o datos personales) para uso de educación pública, concientizar a la comunidad, promover servicios, solicitar contribuciones, y algún otro recurso constructivo con el objetivo de fomentar las resoluciones de CARE Chest of Sierra Nevada.

### PROGRAMA INDEPENDENT LIVING:

7) Sí \_\_\_ No \_\_\_ No aplica \_\_\_ esta entendido que al firmar esta autorización doy permiso a CARE Chest of Sierra Nevada de compartir y distribuir mi información personal electrónicamente, por medio de fax o correo electrónico; con algún o todos los contratistas, vendedores y compañías envueltas en proveer servicios en asociación con mi solicitud de Vida Independiente y planificaciones de servicio.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE\*\*

Fecha

\*\*O de la persona encargada, que tenga un Poder Legal Notariado o Guardia Legal (Debe proveer documentación si el cliente es mayor de 18 años de edad)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_