

**Deaf and Blind Children's Fund, Inc.**  
**(Fondo de Niños Sordos y Ciegos, Inc.)**  
**Application for Financial Assistance**  
**(Aplicación Para Ayuda Financiera)**

Date Application Submitted \_\_\_\_\_  
(Fecha de la aplicación)

**PERSONAL INFORMATION**  
**(INFORMACION PERSONAL)**

Person Submitting Application \_\_\_\_\_

(Nombre de la persona sometiendo la aplicación)

Name of Person Needing Service \_\_\_\_\_

(Nombre de la persona que necesita el servicio)

Age \_\_\_\_\_ Grade Level \_\_\_\_\_

(Edad)

(Nivel escolar)

School Attending \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_

(Nombre de la escuela)

(Distrito)

Nature of Child's Impairment \_\_\_\_\_

(¿Que impedimento tiene el niño (a)?)

Address \_\_\_\_\_

(Dirección)

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

email: \_\_\_\_\_

(Correo electrónico)

Phone(s) \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Evenings \_\_\_\_\_

(Teléfono)

(De día)

(De noche)

**PURPOSE OF REQUEST**  
**(PROPOSITO DE LA APLICACION)**

Purpose for this request, i.e. eye glasses, hearing aids, vision testing, scholarship, special program, classroom materials etc. You may attach one additional page if needed.

Explique el propósito de esta aplicación. Por ejemplo, lentes, audifonos, probar de visión, la beca, programa especial, materiales escolares, etc. Por favor, adjunte una página adicional si necesita más espacio para escribir.

---

---

Name of Medical Facility \_\_\_\_\_

(Nombre de la facilidad medica)

Phone # \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

(Telefono)

(Correo electronico)

Permission to contact this health care professional if necessary

(?Nos autoriza usted a contactar a estos proveedores medicos si es necesario?)

\_\_\_\_\_ yes \_\_\_\_\_ no  
(Si) (No)

Signature of Parent or Guardian \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

(Firma de el pariente o guardian)

(Fecha)

**FINANCIAL  
(FINANZAS)**

Amount Requested from the Deaf and Blind Children's Fund \_\_\_\_\_

(Cantidad de dinero solicitada del Fondo de Ninos Sordos y Ciegos.)

Total Amount Needed \_\_\_\_\_

(Cantidad total de dinero que necesita)

Do you have insurance that will help cover this expense? \_\_\_\_\_ yes \_\_\_\_\_ no  
(?Posee usted un seguro medico que la ayude a cubrir estos gastos?) (Si) (No)

If so, what amount? \_\_\_\_\_ Amount Remaining \_\_\_\_\_  
(Si su respuesta fue si, ?que cantidad cubre el seguro medico?) (Cantidad no cubierta por el plan medico)

Do you qualify for Medicaid? \_\_\_\_\_  
(?Califica usted para Medicaid?)

Gross Family Income \_\_\_\_\_  
(Salario Familiar Bruto)

Total # of Persons in Family \_\_\_\_\_ Number of children under 18 years \_\_\_\_\_  
(Numero total de personas en la familia) (Numero de ninos menores de 18 anos)

Por favor sujetar una copia de su sueldo mas reciente o una carta de su empleador verificando su empleo, incluyendo informacion para contactar su empleador.

?Habia usted solicitado a su distrito de escuelas por ayuda monetaria? Si \_\_\_ No \_\_\_

**What other sources of funding have you applied for?  
(?Nombre otros recursos financieros a los cuales usted a aplicado?)**

Date (Fecha)	Source (Recurso)	Amount Pending (Cantidad pendiente)	Amount Received (Cantidad recibida)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**RELEASE OF MEDICAL INFORMATION  
(PERMISO PARA SOMETER INFORMACION MEDICA A UN TERCER PARTIDO)**

I hereby give my permission for the records of the above named applicant to be released to:  
(Por la presente, autorizo que los expedientes medicos del solicitante nombrado anteriormente sean sometidos a: )

Utah Schools for the Deaf and the Blind                      Deaf and Blind Children's Fund  
PO Box 12655  
Ogden, Utah 84412-2655

Signature of Parent of Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Firma del pariente o guardian)                      (Fecha)

**RELATIONSHIPS  
(PARENTESCO)**

Are you related to any person(s) who works for the Utah Schools for the Deaf and the Blind?  
(?Es usted pariente de una o mas personas las cuales trabajan para la Escuela de Sordos y Mudos de Utah?)

\_\_\_\_\_ yes                      no                      If so, who \_\_\_\_\_  
(Si)                      (No)                      (Si es pariente, explique de quien.)

Are you related to any person(s) who is a trustee of the Deaf and Blind Children's Fund?  
(?Es usted pariente de una o mas personas las cuales son delgados de la Escuela de Sordos y Mudos de Utah?)

\_\_\_\_\_ yes                      no                      If so, who \_\_\_\_\_  
(Si)                      (No)                      (Si es pariente, explique de quien.)

**REFERRAL  
(REFERIDO)**

Complete this section if you are applying for financial aid for eye glasses, hearing aids, vision testing, medical operation, etc.  
(Complete esta seccion si esta aplicando para ayuda financiera para la compra de lentes, audifonos, examen de vision, operacion medica o otros.)

Name of doctor, audiologist, ophthalmologist or health care professional who prescribed or diagnosed your child's need for services \_\_\_\_\_

(Nombre del doctor, audilogo, oftalmologo o proveedor de cuidado medico el cual refirio o diagnostico que su hijo(a) necesita nuestros servicios)

Address \_\_\_\_\_

(Direccion)

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

(Ciudad)

(Estado)

(Codigo postal)

**NEED  
(NECESIDAD)**

Please write a brief statement of why you are seeking financial assistance from the Deaf and Blind Children's Fund i.e. lack of insurance, other medical bills, lack of financial resources, extenuating circumstances, etc. You may attach an additional page to this application if needed.

(Por favor escriba una declaracion sencilla acerca de porque esta usted solicitando ayuda financiera por medio del Fondo de Ninos Ciegos y Sordos. Por ejemplo, falta de seguro medico, otros gastos financieros, escasos recursos financieros, circunstancias atenuantes, etc. Por favor, adjunte una pagina adicional si necesita mas espacio para escribir.)

---

---

---

**Return this application to:  
(Envie esta aplicacion por correo postal a:)**

1  
Deaf and Blind Children's Fund, Inc.  
P.O. Box 150036  
Ogden, UT 84415

Fecha de limite por la aplicacion...

1 Enero  
1 Abril  
1 Julio  
1 Octubre

Cada pregunta debe tener una respuesta para que sea considerada su aplicacion. Develveremos aplicaciones incompletas.