

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA MISSION:DIGNITY

Por favor complete todas las páginas de este formulario,
firmelo con tinta azul o negra y envíelo a esta dirección:

¿Tiene preguntas? Llame al 1-877-888-9409, ext. 1
Correo electrónico: MissionDignity@GuideStone.org

Mission:Dignity
GuideStone
P.O. Box 819109
Dallas, TX 75381-9109
Fax: 1-866-692-6327

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Tratamiento: Rvd. Sr. Sra. Srta.

Nombre completo: _____ Número del Seguro Social: _____

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de contacto durante el día: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

¿A qué iglesia asiste actualmente? _____

Ciudad donde está la iglesia: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Idioma primario: Inglés Español Coreano Otro _____

¿Ha sido condenado por un delito grave? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo: _____

Proporcione el nombre y la información de contacto de algún amigo o familiar con quien podamos comunicarnos cuando no logremos comunicarnos con usted.

Nombre del contacto: _____ Relación: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de contacto durante el día: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

¿Preferiría que le enviáramos su correspondencia a este contacto? Sí No

LUGAR DONDE VIVE

Casa (propia/comprará una)

Hogar de ancianos

Apartamento

Con un familiar

Casa (alquila)

Apartamento (alquiler según su nivel de ingresos)

Institución de residencia asistida

Otro: _____



INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Estado civil: Casado/a Viudo/a Soltero/a Divorciado/a

Nombre del cónyuge: _____ Número del Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: _____ Fecha de matrimonio: _____

¿Alguna vez su cónyuge actual ha sido condenado por un delito grave? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

INDIQUE LAS FECHAS: DEFUNCIÓN DEL CÓNYUGE: _____ DIVORCIO: _____

SERVICIO PAGADO CON BAUTISTAS DEL SUR

¿En qué año usted o su cónyuge pasaron a formar parte del ministerio? _____

Total de años de servicio en los que recibió un salario: _____

¿Todos esos años brindaron servicio a tiempo completo, tiempo parcial, o bi-vocacional en la Convención Bautista del Sur?

Sí No Si su respuesta es "Sí", ¿cuántos años sirvió a tiempo parcial, o bi-vocacional? _____

¿Hubo alguna interrupción en sus años de servicio? Sí No Si su respuesta es "Sí", ¿por cuántos años? _____

¿Su cónyuge tiene años de servicio? Sí No Si su respuesta es "Sí", ¿cuántos años? _____

Nombre de los estados o países donde prestaron servicio (ej. TX, NV): _____

Lista de iglesias donde se sirvió:

Iglesia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Número de años de servicio: _____

Iglesia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Número de años de servicio: _____

Iglesia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Número de años de servicio: _____

Iglesia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Número de años de servicio: _____

Iglesia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Número de años de servicio: _____

Iglesia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Número de años de servicio: _____

Indique en calidad de qué usted o su cónyuge prestaron servicio (marque todas las opciones que correspondan):

- Pastor Administrador de iglesia Miembro del seminario conciliar
- Pastor adjunto Director de misiones Miembro de la convención estatal
- Ministro de Música Misionero Miembro del personal de un hogar de niños
- Ministro de Educación Miembro de una junta o comisión Otro: _____

INGRESOS MENSUALES NETOS ESTIMADOS (MONTO DESPUÉS DE DEDUCCIONES)

	Solicitante	Cónyuge
Beneficio de GuideStone® por jubilación	\$ _____	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)	\$ _____	\$ _____
Beneficio por veterano de guerra (incluya una copia de la carta de aprobación del Departamento de Asuntos de Veteranos)	\$ _____	\$ _____
Ingresos por intereses	\$ _____	\$ _____
Salario	\$ _____	\$ _____
Otros planes de pensión	\$ _____	\$ _____
Otro: _____	\$ _____	\$ _____
Total	\$ _____	\$ _____

BIENES

Propiedad (aparte de su vivienda) \$ _____ Certificados de depósito (CD) \$ _____
Saldo en su cuenta corriente \$ _____ Otras inversiones \$ _____ (como acciones, bonos, etc.)
Saldo en su cuenta de ahorros \$ _____ **Total** \$ _____

GASTOS MENSUALES ESTIMADOS

\$ _____ Hipoteca, alquiler o alojamiento y comida
\$ _____ Servicios públicos (total combinado de las facturas de gas, electricidad, agua, teléfono, etc.)
\$ _____ Gastos en medicamentos recetados (costos de desembolso que el seguro no cubre)
\$ _____ Gastos médicos (costos de desembolso que el seguro no cubre)
\$ _____ Alimentos y artículos del hogar
\$ _____ Pago del automóvil
\$ _____ Gastos del automóvil (combustible, mantenimiento, etc.)
\$ _____ Prima del seguro del automóvil
\$ _____ Prima del seguro funerario
\$ _____ Prima del seguro del propietario de vivienda
\$ _____ Prima del seguro de vida
\$ _____ Prima del seguro médico
\$ _____ Prima de otro seguro
\$ _____ Diezmo
\$ _____ Otros gastos
\$ _____ Impuesto sobre la propiedad (vivienda)
\$ _____ **Total**

AYUDA SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS

¿Usted o su cónyuge reciben alguno de los siguientes tipos de ayuda según su nivel de ingresos (sin incluir Mission:Dignity®)? (TENGA EN CUENTA que estos programas de ayuda según el nivel de ingresos NO impiden que usted reciba ayuda de Mission:Dignity).

- Ayuda de Medicaid para cubrir los costos del plan médico o del de medicamentos recetados
- Ayuda de Medicaid para cubrir los costos asociados a un hogar de ancianos
- Parte D de Medicare por un costo reducido o sin costo
- Vivienda financiada por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD)
- Ayuda para pagar el alquiler y los servicios públicos
- Cupones para alimentos \$ _____
- Otro: _____

¿La prima de Medicare se le deduce del cheque del Seguro Social? Sí No

INFORMACIÓN ADICIONAL (ADJUNTE MÁS PÁGINAS SI ES NECESARIO)

Incluye necesidades específicas o denos específicas o denos más información sobre su situación.

FIRMA DEL SOLICITANTE (FIRME A CONTINUACIÓN)

Firma: _____ Fecha: _____

Si el solicitante le otorgó a alguien un poder legal para que lo represente, adjunte a la solicitud una copia de dicha documentación, si es que aún no se la ha proporcionado a GuideStone.

MINISTERIO DE ORACIÓN

El ministerio Mission:Dignity ofrece a los donantes estampas de oración con los nombres de los beneficiarios que hayan otorgado su consentimiento para revelar sus datos. ¿Nos permite revelar a los donantes del programa su nombre y el de su cónyuge (si corresponde), su dirección y fechas de nacimiento (solo el mes y el día)? Sí No

¿CÓMO CONOCIÓ MISSION:DIGNITY?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Folleto de la iglesia | <input type="checkbox"/> Recomendación de un pastor | <input type="checkbox"/> Publicación estatal |
| <input type="checkbox"/> Sitio web | <input type="checkbox"/> Amigo o familiar | |
| <input type="checkbox"/> Redes sociales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Se requiere una identificación con fotografía emitida por el estado. Adjunte una copia de su identificación con fotografía con su solicitud.