

Solicitud de Reducción de Cargos

El centro de consejería FCC existe para reflejar el corazón de Cristo al ofrecer esperanza y sanidad a familias e individuos, sin importar su ingreso. Nuestro programa de reducción de cargos está disponible para aquellos que experimenten dificultad financiera y que estén en necesidad de una reducción de servicios a corto plazo. A fin de que podamos proveerle de asistencia financiera para consejería, por favor complete la siguiente solicitud. Las solicitudes son revisadas semanalmente y nos reservamos el derecho de negar solicitudes que estén incompletas o imprecisas.

Información Personal

Nombre del cliente: _____ Teléfono: _____

Esta es mi primera solicitud

Estoy solicitando de nuevo

Persona Financieramente Responsable (si solicita para un menor): _____

Dirección: _____

Nombre del Consejero(s): _____

Si esta solicitud es para un menor que por favor contesten las siguientes preguntas cuando sea apropiado

En una escala del 1 al 10 en la que 1 es la menos angustiante y 10 es la mayor, ¿cómo clasificarías el asunto por el cual procuras consejería? _____

¿Qué dones, capacidades y talentos tienes u otros dicen que tienes?

¿Cuáles son tus sueños para los próximos 6 meses?

- *Financieramente:* _____
- *Intelectualmente:* _____
- *Emocionalmente:* _____
- *Espiritualmente:* _____
- *Relacionalmente:* _____

¿Cómo te gustaría que la situación en tu vida sea diferente o que mejore de aquí a 4 meses?

Meta 1: _____

Meta 2: _____

¿Cuáles son algunas de las fortalezas y habilidades que tienes que te pueden ayudar a llegar adonde quieres estar?

¿Cuáles obstáculos crees que te impiden lograr tus metas?

¿Quién está o podría estar en tu círculo de apoyo?

Situación de vida: Compañero de habitación Soltero Casado Separado
Divorciado Con mis padres Cohabitando sin estar casado
Número de hijos y/o dependientes bajo su cuidado: _____

Estatus de vivienda: Pagando deuda Atrasado en pagos mensuales Reposición
Short Sale Bancarrotta Alquiler Desamparado Otro

Recibo asistencia financiera de: Familia Medicaid WIC/SNAP SSI/SSDI
Ayuda Estudiantil Pensión Alimenticia Desempleo Banco Alimentos Iglesia Otro

Vivienda Mensual

Por favor indique la cantidad que gasta o recibe **MENSUALMENTE** de los siguientes:

Alquiler/Hipoteca	
Seguro del Vehículo	
Impuestos	
Servicios Domésticos	
Cable & Teléfono	
Combustible & Peaje	
Alimentos	
Cuidado Infantil	
Seguro de Salud	
Préstamo del Vehículo	
Pagos Tarjetas de Crédito	
Facturas Médicas & Medicamentos	
Otros:	
GASTOS MENSUALES TOTALES	

Salario (el suyo)	
Salario (su cónyuge)	
Pensión Alimenticia	
Subsidio	
Ahorros	
Inversiones	
Otros Ingresos	
INGRESO MENSUAL TOTAL	

Ingreso Total Mensual - Gastos Mensuales Totales

\$

Prometo hacer recortes/sacrificarme en _____ para poder seguir viniendo a consejería.

Al firmar debajo, afirmo que la información provista arriba es precisa y completa de acuerdo a mi conocimiento. Comprendo que tendré que volver a solicitar en 6 meses si necesito asistencia adicional.

Firma: _____ Fecha: _____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Solicitud Actual:

Fecha: _____

Negada Aprobada Aprobada Por: _____ El Cliente Paga _____

Cantidad Deducida _____ Fecha de Renovación _____

Escaneada Agregada al Archivo del Cliente