

*Nombre del Cliente:*

*Fecha:*

Aplicación Para la Beca de 90 Días

POR FAVOR LEA TODA ESTA FORMA CON CUIDADO Y DEVUELVA LA FORMA COMPLETA Y COMPROBANTE DE INGRESOS AL MENOS 5 DIAS LABORABLES ANTES DE SU PRIMERA CITA. ESTO DEBE SER APROBADO CON ANTICIPACION SI VA A RECIBIR TARIFAS REDUCIDAS.

Nos complace que esté considerando los valiosos servicios que ofrece el personal clínico de Challenge Center. Todos los servicios en Challenge Center se ofrecen a precios competitivos que se encuentran dentro de nuestra industria. Lo que distingue a Challenge Center son los programas en los que los participantes de bajos ingresos que viven con una discapacidad física pueden aplicar por, para calificar para tarifas reducidas por los servicios. El Challenge Center ofrece estas tarifas con descuento según el nivel de ingresos y el nivel de discapacidad. La siguiente aplicación solicita tanto información financiera como información sobre su discapacidad física.

Challenge Center debe recaudar contribuciones y donaciones para pagar los costos que no cubren las tarifas. Con ese fin, le pedimos a cada cliente que desee ser considerado para una reducción en las tarifas que trabaje con nosotros para encontrar formas creativas de ayudar a recaudar fondos para cubrir sus costos específicos. Los miembros de la familia, los grupos de la iglesia o los clubes de servicio son solo algunos de los recursos que han ayudado a nuestros clientes con el patrocinio. Incluimos una carta modelo que puede usar como ejemplo de cómo puede acercarse a un donante potencial en su nombre. Discuta esto con nuestra oficina.

Se necesita comprobante de ingresos para cualquier consideración de tarifas reducidas. Requerimos (1) una copia de la primera página de su última declaración de impuestos federales, (2) una copia de su estado de cuenta bancario más reciente que muestre los ingresos (por favor esconda los números de cuenta con marcador negro) y (3) copias actuales (al menos un mes) de recibos de pago u otras fuentes de ingresos. Las tres formas de información deben ser enviadas para ser consideradas para una beca. Esta solicitud, si se aprueba, proporcionará un servicio inicial de 90 días a tarifas reducidas. La solicitud y la continuación de la ayuda financiera se revisan cada tres meses según las notas de progreso del personal clínico y la aprobación de una nueva aplicación para la reducción de tarifas.

Para ser elegible para renovar su Beca de 90 Días, le pedimos que siga estrictamente nuestra política de cancelación y “no presentación”. Por supuesto, debe estar presente para recibir el beneficio de nuestros servicios y las citas perdidas son costosas para el Centro. Los clientes que no cumplan con la política no serán elegibles para renovar una beca de tarifa reducida. Se adjunta una copia de nuestra política de cancelación y no presentación para su revisión.

Cualquier información financiera que proporcione permanecerá confidencial, aunque su información podría usarse para informar datos demográficos anónimos a las fuentes de financiación. Esperamos poder servirle y le agradecemos su compromiso de mejorar su salud y calidad de vida.

\*Por favor llame en avanzado para confirmar el estado se du aplicación antes de su primera cita. El pago completo se debe realizar en el momento de los servicios.

Información Financieramente

Ingreso Anual del Participante (Uno mismo)$ Empleado Desempleado Desde Retirado Desde

Corriente Fuente de Ingresos: (Por favor de incluir todas las fuentes, como SSI, manutención infantil, pensión alimenticia, intereses)

Ingresos brutos mensuales

Ingresos brutos mensuales

Ingresos brutos mensuales

Ingresos Mensuales Total

Corriente Empleador: Desde Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Teléfono:

Empleador Anterior desde hasta

Ingreso Anual de su Pareja $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleado Desempleado Desde Retirado Desde

Corriente Fuente de Ingresos: (Por favor de incluir todas las fuentes, como SSI, manutención infantil, pensión alimenticia, intereses)

Ingresos brutos mensuales

Ingresos brutos mensuales

Ingresos brutos mensuales

Ingresos Mensuales Total

Corriente Empleador: Desde Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Teléfono:

Empleador Anterior: desde hasta

Dueño/a de una casa Desde Rento Desde

Con quien vive usted (el participante)?

Cuanta gente vive en su casa?

Cuanta de esa gente es empleada?

Ingresos de la Casa $\_

Fuente de Ingresos de la Casa: Nombre, relación y edad de los dependientes viviendo en casa:

Nombre Relación Edad Nombre Relación Edad Nombre Relación Edad Nombre Relación Edad

Existen otras circunstancias con la vivienda y los dependientes que debamos considerar en su nombre?

Activos: Describa activos como saldos de cuentas corrientes y de ahorros, fideicomisos, propiedad (que no sea la residencia anterior), automóviles, inversiones y cualquier activo que le proporcione una mayor solidez financiera. Incluya acuerdos relacionados con su discapacidad y copias de verificación adjuntas.

Cuenta de Banco) Nombre del Banco Balance $ Cuenta de ahorros) Nombre del Banco Balance $ Cuentas Fiduciarias) Nombre del Banco Balance $ Acuerdos) Valor $ Otro Balance/Valor $

**DISCAPACIDAD QUE CALIFICA PARA LA REDUCCIÓN DE TARIFAS**

El Challenge Center proporciona servicios a una tarifa reducida a personas de bajos ingresos que cumplen con nuestra definición de tener un impedimento físico permanente o crónico que cause una discapacidad.

Las siguientes son las definiciones que se utilizan para definir una discapacidad física:

**Impedimento Físico:** - cualquier trastorno o afección fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico, musculo esquelético, órganos de los sentidos especiales, respiratorio, cardiovascular, reproductivo, digestivo, genitourinario, hemico y linfático, piel. o endocrino.

Un impedimento físico no necesariamente es una discapacidad.

Para ser considerado físicamente discapacitado, una persona debe demostrar que su impedimento físico limita sustancial y realmente una o más de sus actividades principales de la vida.

**QUESTIONAIRIO**

1. Por favor incluye cualquier/todas los diagnósticos que le haya dado un medico con licencia.

2)Por favor incluye cualquier/todos los impedimentos físicos que corrientemente tiene:

 Tono alto o bajo  Coordinación pobre  Ataxia  Hemiplejia  Parálisis

 Perdida de una extremidad  Debilidad  Dificultad para respirar  Angina  Arritmia

 Aguante pobre  Entumecimiento  Contracturas

 Dolor (locación/gravedad)

 Otro (favor de liste)

3)Marque las actividades que su discapacidad física limita o impide realizar, sustancialmente. Por ejemplo, que actividades NO puede realizar sin la ayuda de otra persona?

 Cambiarse ropa  Ir al baño  Comer  Alimentarse solo/a  Sentarse erecto Bañarse/ducharse  Transferir  Parar de pie  Levantar 3 libras  Pararse con asistencia Cocinar  Alcanzar  Caminar -

Cuantos pies o cuadras puede caminar con cualquier dispositivo de ayuda? (bastón, bastón de 4 puntas, andador, etc.)?

pies/cuadras (circula uno)

Que dispositivos usas para moverte?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Necesitas ayuda de otra persona para caminar?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuánta ayuda brindan?

Puedes subir las escaleras? Escalones? Curvas?

Que impedimento limita mas su caminar, si lo hay?

Otros comentarios:

4) Favor de compartir cualquier otra información relevante que nos haría falta con respecto a sus habilidades o discapacidades:

**Si hay alguna otra información que desee que consideremos, envíe su información en forma de carta y adjúntela al paquete completo. Tenga en cuenta aquí que ha adjuntado esa información para nuestra revisión.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El abajo firmante declara que toda la información anterior es verdadera y proporcionará la documentación requerida. El abajo firmante también entiende que Challenge Center se reserva el derecho de descontinuar la ayuda financiera si el personal clínico observa poca asistencia o falta de voluntad para participar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del participante o del agente financieramente responsable (firme y feche antes de enviar)

**CHALLENGE CENTER AUSENTE, NO PRESENTACION, YPOLICA DE CANCELACION**

Los valiosos y exclusivos servicios de Challenge Center dependen de las tarifas de los miembros como parte de los ingresos necesarios para cubrir los costos del programa. Entendemos que los horarios de nuestros miembros a veces varían. Sin embargo, el ausentismo prolongado, los frecuentes "no presentaciones" y las cancelaciones dejan las sesiones del programa sin cubrimiento, los ingresos irregulares y nuestros servicios inaccesible para aquellos que están en nuestra lista de espera. Para ayudarnos a brindar un mejor servicio a nuestros clientes, Challenge Center ha establecido las siguientes ausentes, no presentaciones, políticas de cancelación:

**Para los clientes del programa físico con asistencia:**

* + - Para permanecer “activos”, los miembros ausentes deben seguir pagando sus pagos mensuales del programa físico.
    - A petición, **los tiempos disponibles se pueden retener hasta un mes por ano por motivos médicos o personales, con los pagos debido al programa**. *En consideración de nuestro personal****, por favor notifíquenos con anticipación sobre cualquier ausencia planificada.***
    - Con el fin de satisfacer las necesidades de toda la comunidad, lamentamos que el Challenge Center no pueda acomodar las ausencias de mas de un mes al ano. **Los miembros que deban dejar el programa durante mas de un mes por motivos médicos o personales serán transferidos a la lista de espera del programa.** Regresar a cualquier programa del Challenge Center requerirá una reevaluación junto con una autorización medica. Haremos todo lo posible para facilitar su rápido regreso al programa, pero desafortunadamente, no podemos garantizar la disponibilidad de los horarios anteriores.
    - Debido a que nuestros entrenadores de fitness necesitan dirigir varios clientes de fitness durante un período de tiempo determinado, se agradece enormemente llegar a tiempo. Tenga en cuenta que **si necesita ayuda con su programa de ejercicios, la llegada tardía a los entrenamientos reservados o al entrenamiento puede requerir una modificación de su programa de ejercicios del día.**

**Pacientes de Terapia Físico y clientes usando CFES:**

* + - Las citas de terapia física y CFES deben ser reservadas durante horarios específicos.
    - Si no puede asistir a una cita programada, haga una llamada de cortesía y cancele su cita con al menos 24 horas de anticipación.
    - A discreción de Challenge Center, **dos o más "no presentaciones" (citas perdidas sin llamar para cancelar) en un mes** probablemente resultaran en (1) cualquier citas que permanecen en su calendario, serán canceladas dejando este tiempo disponible para otros, (2) colección de pagos por cada cita faltada (3) pago por servicios futuros en adelantado el día en que servicios sean realizados. **Si las cancelaciones se deben a razones médicas, la documentación de su médico le ayudará a evitar cargos por cancelación.**
    - Regresar a cualquier programa del Challenge Center requerirá una reevaluación junto con una autorización médica. Haremos todo lo posible para facilitar su rápido regreso al programa, pero desafortunadamente, no podemos garantizar la disponibilidad de franjas horarias anteriores.
    - Porque cada cita proporciona aproximadamente una hora completa de atención clínica, **llegando tarde más de 15 minutos puede requerir reprogramación o modificación del plan de tratamiento del dia.**

**EJEMPLO DE CARTA DEL CLIENTE**

Este es un ejemplo de una carta que ha funcionado para muchos de nuestros miembros que han buscado ayuda de amigos corporativos, iglesias y clubes de servicio para cubrir los costos restantes de la terapia no pagados por las tarifas reducidas del miembro. Personalizar esta letra es importante para que refleje su propia experiencia. Háganos saber cómo podemos ayudar.

Tengo algo que compartir con ustedes, una decisión que he tomado (regresar a fisioterapia, comenzar un programa de acondicionamiento físico especializado adaptado a mis necesidades) para poder mejorar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Como ya sabrá, yo he estado pasando por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y e encontrado una instalación, el Challenge Center, que me puede ayudar. Con un plan de atención diseñado específicamente para mí por mi terapeuta, junto con el aliento y la aprobación de mi médico, comenzaré (tratamiento, entrenamiento) en las próximas semanas. Mi meta es , mejorar mi(función,\_\_\_\_\_)bien estad y calidad de vida.

El Challenge Center es una instalación única en San Diego con un modelo comercial diseñado para brindar fisioterapia especializada y entrenamiento físico especializado para personas con discapacidad en una escala de tarifas modificada. Los costos operativos del Centro no son diferentes a los de otras instalaciones, pero su enfoque en las necesidades del cliente, como una organización sin fines de lucro basada en la comunidad, es definitivamente diferente. La recaudación de fondos es parte del negocio diario para garantizar que el personal calificado del Centro pueda brindar servicios de capacitación en terapia a quienes no pueden pagar el costo por sí mismos o no están asegurados para estos servicios beneficiosos. Debido a mis circunstancias, califico para tarifas reducidas por un período inicial de 90 días. Al final de los primeros 90 días, mi terapeuta y yo reevaluaremos mi progreso y mi plan para seguir adelante.

Le escribo hoy para pedirle que (usted, la iglesia, nuestra organización) considere patrocinar una parte del costo de mi tratamiento / servicios. Las tarifas de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ los primeros 90 días serán de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Mi parte del costo, según mis circunstancias financieras, será de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Estoy haciendo todo lo posible para ayudar al Centro de desafíos a identificar otras fuentes de financiación que puedan ayudar a cubrir los costos de mi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Confiemos en su ayuda para cubrir algunos de estos costos?