



¡Por Ti Campesino, Yo Camino! es un programa de apoyo para campesinos en los condados de Kern, Tulare y Fresno. El propósito de este programa es brindar un apoyo a trabajadores de campo que se han visto afectados por la pandemia, sin importar su estatus migratorio.

Este programa tiene fondos limitados y solo dará ayuda una única vez, este **NO** es un programa recurrente. Para aplicar, asegúrese de llenar por completo la aplicación y de no dejar ningún espacio sin respuesta, **por favor llene una aplicación por familia**. El enviar más de una aplicación por familia o el dejar áreas sin contestar automáticamente lo descalificara del programa.

La ayuda brindará apoyo a las familias que califiquen con dinero exclusivamente para:

- 1) Alimentos
- 2) Servicios Esenciales: electricidad, gas y agua
- 3) Asistencia médica: exámenes y citas con doctores y especialistas

Si usted es un trabajador de campo, empacador o trabaja proporcionando un servicio a los campos de cultivo en el área de los Condados de Kern, Tulare o Fresno, usted puede calificar para recibir ayuda. Por favor llene la aplicación y asegúrese de enviar todos los documentos requeridos en un solo correo electrónico a grantscsf@gmail.com o por correo al 3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306.

La registración para exámenes médicos gratuitos se ofrecerá a través de nuestra 3ra Feria Anual de Salud en diciembre 2, 3 y 4. Para más información llámenos al 661.404.4748.



2020 Aplicación ¡Por Ti Campesino, Yo Camino!
CSF Medical Non-Profit Foundation
3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306
O: 661.404.4748 | F: 661.327.7255
www.csffoundation.org

Llene la aplicación con su información para solicitar asistencia económica del programa: ¡Por Ti Campesino Yo Camino!

1. INFORMACIÓN DEL APLICANTE:

NOMBRE COMPLETO DEL APLICANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO SECUNDARIO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

2. INFORMACIÓN SOBRE SU ESTATUS DE VIVIENDA: (por favor seleccione una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dueño de Casa | <input type="checkbox"/> Albergue Temporal |
| <input type="checkbox"/> Renta | <input type="checkbox"/> Sin Hogar |
| <input type="checkbox"/> Viviendo temporalmente con un amigo/familiar | <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) _____ |

3. INFORMACIÓN DE MIEMBROS EN EL HOGAR:

Incluyéndose, ¿cuántas personas viven en su casa? _____

¿Cuántas personas dependen de usted? _____

4. INFORMACIÓN SOBRE SU ESTATUS DE TRABAJO:

4.A) Estado Actual de Empleo: (por favor seleccione una)

- Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Incapacitado

Recibe asistencia financiera: Sí | No

(Estampillas de Comida, Beneficios del Seguro Social, Beneficios de Veteranos, etc.)

4.B) Si selecciono 'Tiempo Completo' o 'Medio Tiempo' en la sección anterior por favor llene la siguiente sección con la INFORMACIÓN DE SU EMPLEADOR, si no, por favor continúe a la sección 5.

Nombre de su empleador: _____

Título o puesto de trabajo: _____

Teléfono de su empleador: _____

Nombre del Supervisor: _____



2020 Aplicación ¡Por Ti Campesino, Yo Camino!
CSF Medical Non-Profit Foundation
3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306
O: 661.404.4748 | F: 661.327.7255
www.csffoundation.org

5. INFORMACIÓN PARA CALIFICAR:

Esta ayuda esta destinada exclusivamente para los campesinos de los condados de Kern, Tulare y Fresno. Por favor corrobore la siguiente información:

¿Es usted un trabajador de campo o agrícola? Sí | No

¿Es usted un trabajador de empacadoras? Sí | No

¿Trabaja proveyendo un servicio a los campos de cosecha? Sí | No

¿Cuál es su tarea principal? (Brevemente describa lo que hace) _____

6. Por favor adjunte una copia de sus últimos 3 cheques como comprobante al final de la aplicación.

7. Información de salud:

¿Usted cuenta con seguro médico? Sí | No

Usted o algún miembro en su familia sufre de enfermedades preexistentes como:

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Hernias |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Cataratas |

Si es mujer:

¿Cuándo fue la última vez que se realizó una mamografía? _____

¿Usted se ha realizado alguna vez un examen pélvico? Sí | No

En este momento, ¿usted sospecha que tiene alguna enfermedad o condición que no ha sido diagnosticada? Sí | No

Si es hombre:

¿Cuándo fue la última vez que se realizó un examen físico? _____

¿Usted se ha realizado alguna vez un examen testicular? Sí | No

¿Usted se ha realizado alguna vez un examen de detección de hernias? Sí | No

¿Usted se ha realizado alguna vez un examen de próstata? Sí | No

En este momento, ¿usted sospecha que tiene alguna enfermedad o condición que no ha sido diagnosticada? Sí | No



2020 Aplicación ¡Por Ti Campesino, Yo Camino!
CSF Medical Non-Profit Foundation
3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306
O: 661.404.4748 | F: 661.327.7255
www.csffoundation.org

Certificación

Por este medio Yo (el aplicante) certifico que toda la información y declaraciones proveídas en esta aplicación son verdaderas y correctas según mi entendimiento. Entiendo que el uso de información falsa u omisión de declaraciones puede descalificarme del programa: “¡Por Ti Campesino, Yo Camino!” Estoy de acuerdo en cooperar totalmente con la Mesa Directiva de CSF Medical Non-Profit Foundation, y poner a su disposición información relacionada con la aplicación de petición de asistencia. Entiendo que esta información será solamente usada para determinar mi elegibilidad para el programa de asistencia “¡Por Ti Campesino, Yo Camino!”

- ❖ Entiendo todas las preguntas de esta aplicación
- ❖ Entiendo y estoy de acuerdo que toda la información que otorgue, incluso sobre los beneficios e ingresos sean verificados y tendré que proporcionar la documentación necesaria para verificar la información declarada.
- ❖ Entiendo que la elegibilidad de mi caso será basada en la información que yo proporcione en esta aplicación, incluyendo toda la información adicional si fuese requerida por CSF Medical Non-Profit Foundation.
- ❖ Entiendo que mi caso podría ser revisado más de una vez para poder determinar elegibilidad.
- ❖ Entiendo que existe la posibilidad que mi caso no sea aceptado.

Declaro que mis respuestas son verdaderas. Declaro bajo pena de juicio, bajo las leyes del estado de California y Los Estados Unidos de América, que la información proporcionada en estos documentos es verdadera, correcta y completa.

Consentimiento

Por consideración, de ser el beneficiario de la ayuda de este programa, reconozco y doy mi consentimiento para el uso de mis declaraciones y otorgo a CSF Medical Non-Profit Foundation, sus beneficiarios y sucesores el derecho de copiar, reproducir y usar todas o una parte de dichas declaraciones para su incorporación en la página de internet de CSF y para fines de informes de dicha fundación.

Liberación de responsabilidad

Libero a CSF Medical Non-Profit Foundation y a sus asignados, licenciatarios y sucesores de la compañía de cualquier reclamo que pueda surgir con respecto al uso de cualquier declaración, incluidos los reclamos de difamación, invasión de la privacidad o violación de los derechos morales, derechos de publicidad o derechos de autor. Reconozco que no tengo derechos de propiedad sobre este trabajo. CSF no está obligado a utilizar los derechos otorgados en este acuerdo.

He leído y entiendo este acuerdo y tengo más de 18 años. Este acuerdo expresa mi comprensión completa de esta aplicación.

Nombre completo del aplicante

Firma

Fecha