

Paquete de Inscripción

Gracias por su interés en el Programa BeneFITS 2 Work. Complete y envíe los formularios completos, junto con una copia de su licencia de conducir, identificación de California o pasaporte estadounidense, mediante [este enlace seguro](#) o enviándolos por correo electrónico a benefits@felton.org.

Los formularios del paquete de inscripción incluyen:

- Formulario de inscripción
- Beneficios encuesta antes de consejería
- Política y procedimientos del Instituto Felton: Política de quejas

Para proteger su identidad, toda la información personal se almacena y protege utilizando PII Compliance, el estándar más alto de protección de datos.

<https://felton.org/bfits>

Desplácese hacia abajo y haga clic en “Enlace de carga segura”

Si tiene copias de lo siguiente, también puede cargarlas o simplemente traerlas consigo a su cita de admisión:

- Tarjeta de Medicare
- Tarjeta de Medi-Cal
- Tarjeta de Advantage
- Cartas del Seguro Social
- Cualquier otra tarjeta o carta relacionada con beneficios

Puede programar su cita de admisión en línea:

<https://outlook.office365.com/book/BFITS@feltonInst.onmicrosoft.com/>

Si tiene algún problema con la carga de documentos, nuestra página de reservas, etc., envíe un correo electrónico a benefits@felton.org y estaremos encantados de ayudarlo con el proceso.

Este programa que brinda que brindan servicio a la comunidad está financiado por el Departamento de Servicios para Discapacidad y Personas de la Tercera Edad de la ciudad de San Francisco.



BENEFITS 2 WORK FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Para proteger su identidad, toda su información personal es guardada y protegida usando el Cumplimiento de PII, el nivel mas alto de protección de data.

Fecha de Solucitud: _____

Nombre: _____ MN _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Pronombres: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Móvil: _____

Teléfono Fijo: _____

Email: _____

Reunirse a Través de Zoom Empleado Ahora

Primer Lenguaje: _____

Tamaño de Familia: ____ Ingresos Anuales: _____

Nombre de Contacto de Emergencia

Nombre Completo: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

ELIGIBILIDAD & BENEFICIOS

Residente de San Francisco

Edad 60+

Necesidad de Asesoramiento para Empleo ó Beneficios

Edad 18+ con Discapacidad

¿QUALES BENEFICIOS RECIBE ACTUALMENTS?

SSA

Vivienda

TANF/CalWORKS

Medi-Cal

SSI

VA Discapacidad

CAAP/Asistencia General

Otro: _____

SSDI

SNAP

Medicare

NADA

TODA LA INFORMACIÓN BAJO ES VOLUNTARIA Y NO AFECTÁRA SUS BENEFICIOS

ETHNICIDAD

Asiático, Asiáticoamericano

Hispano ó Latino

Negarse a Declarar

Negro/Afro-Americano

Blanco/Caucasio

Hawaiano/Otro Isleño de Pacifico

Otro: _____

OTRA INFORMACIÓN Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES

BIPOC/Persona de Color

Aislación Social

Discapacitado

Ingresos Bajos

LGBTQ+

No pudo Encontrar Empleo

Proficiencia de Ingles Limitada

Bajas Perspectivas de Empleo

Bajas Habilidades de Alfabetización

Otro: _____



BENEFITS 2 WORK FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

SEVERE/DEBILITATING IMPAIRMENTS

ACTIVIDADES DIARIAS (2)

- Comer
- Vestir
- Bañar
- Limpiar/Arreglar
- Movilidad

- Servicios de Centro de Enfermería (1)

ORIENTACIÓN SEXUAL Y GENERO DE IDENTIDAD

GENERO

- Femenina
- Masculino
- Transgenero
- Otro: _____
- Negarse a Declarar

EDUCACIÓN (seleccione el nivel mas alto)

- GED o Certificado Equivalente
- Diploma de Preparatoria
- Título Technico
- Grado Asociado
- Licencia(s): _____

ACTIVIDADES INSTRUMENTARIAS (3)

- Preparar Comida
- Ir de Compras
- Tareas Domésticas
- Manejo de Dinero
- Usar el Teléfono

ORIENTACIÓN SEXUAL

- Gay ó Homosexual
- Heterosexual
- Lesbiana
- Bisexual
- No Está Secure/ Negarse a Declarar

- _____ años de universidad, sin título
- Licenciatura o equivalente
- Maestría
- Doctorado
- Otro: _____

AGREEMENT

Nombre COMPLETO del solicitud (Por Favor Imprimir)

Fecha de Inscripción

Firma del Apicante

Fecha de Firma

Nombre de Navegador (Por Favor Imprimir)

Firma de Navegador

Fecha de Firma

Nombre de Director/Gerente de Program (Por Favor Imprimir)

Firma de Director/Gerente de Program

Fecha de Firma

Por favor email este formulario a benefits@felton.org

Firmas Electrónicas

Una firma electrónica generalmente describe cualquier tipo de marca digital utilizada por una parte para vincularse o autenticar un registro. Al aceptar estos términos y escribir su nombre en el cuadro correspondiente, usted acepta estos términos de la misma manera que si firmara físicamente un documento. Entiendo que si intencionalmente proporciono información inexacta, se me puede dar de baja del Programa BeneFITS 2 Work y puedo estar sujeto a sanciones legales.

Este programa que brinda que brindan servicio a la comunidad está financiado por el Departamento de Servicios para Discapacidad y Personas de la Tercera Edad de la ciudad de San Francisco.

de Consejería _____

Fecha: _____

BENEFICIOS ENCUESTA ANTES DE CONSEJERÍA

1. ¿Entiende cómo los ingresos de empleo puedan afectar su capacidad de mantener o calificar para los beneficios del gobierno?
 Sí No
2. Si la respuesta es “Sí”, ¿qué tan bien entiende el impacto que su empleo podrá tener en sus beneficios? (marque uno:)
 Muy Bien
 Bien
 Neutral
 Un Poco
 Nada
3. ¿Necesita asesoramiento sobre empleo y sus beneficios?
 Sí No

Solo beneficiarios de Medicare

1. ¿Alguien le ha solicitado o presionado para que cambie su plan de Medicare?
 Sí No
2. ¿Alguien le ha ofrecido “servicios gratuitos” o “dispositivos médicos” a cambio de su número de Medicare?
 Sí No
3. ¿Alguien le ha sugerido que se inscriba en “cuidados paliativos” o lo ha inscrito en servicios de hospicio?
 Sí No

Por favor lléne esta formulario y entregelo a su asistente de participación o mandelo via email a benefits@felton.org.

Este programa que brinda que brindan servicio a la comunidad está financiado por el Departamento de Servicios para Discapacidad y Personas de la Tercera Edad de la ciudad de San Francisco.



Política y Procedimientos del Felton Institute: Política de Quejas

Como cliente del programa BeneFITS 2 Work, tiene derecho a registrar una queja ante el Instituto Felton sobre los servicios que está recibiendo.

- Primero, envíe su queja por escrito al director del programa.
- El gerente del programa de trabajo BeneFITS 2 deberá acusar recibo de todas las quejas dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de la queja.
- Se enviará una notificación por escrito al reclamante indicando los resultados de la revisión dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de la queja. Si se requieren más de 10 días hábiles para revisar el caso, se enviará una carta escrita al demandante con respecto al cronograma propuesto para la decisión de revisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la queja.
- El plazo para resolver una queja a nivel de proveedor de servicios no será mayor a 30 días a partir de la fecha de recepción de la queja.
- El demandante puede apelar ante el DAS/OCP si no está satisfecho con los resultados de la revisión del proveedor de servicios.
- El proceso de queja deberá incluir disposiciones de confidencialidad para proteger el derecho a la privacidad del denunciante. Sólo se puede divulgar a la parte demandada información relevante para la queja sin el consentimiento del demandante.
- El denunciante tiene derecho a permanecer en el anonimato, pero deberá proporcionar una dirección para correspondencia escrita. Una dirección de correo electrónico es aceptable.

Este programa que brinda que brindan servicio a la comunidad está financiado por el Departamento de Servicios para Discapacidad y Personas de la Tercera Edad de la ciudad de San Francisco.



Política y Procedimientos del Felton Institute: Política de Quejas

NOMBRE DE CLIENTE: _____

Los afiliados a BeneFITS 2 Work que deseen presentar una queja contra el programa pueden hacerlo siguiendo nuestro procedimiento de quejas.

En ningún caso el Director del Programa BeneFITS 2 Work podrá tomar una decisión que entre en conflicto con la política del Departamento de Servicios para Discapacidades y Envejecimiento de San Francisco o las responsabilidades contractuales de Felton Institute.

REPRESALIAS CONTRA CUALQUIER PRESENTACIÓN DEL AFILIADO SE PROHIBE UNA QUEJA.

Comuníquese con el personal del programa BeneFITS 2 Work en cualquier momento si tiene alguna pregunta.

He leído y entiendo el procedimiento para presentar una queja ante el Programa BeneFITS 2 Work. Mi firma da fe de mi comprensión de la política establecida anteriormente.

Firma del Afiliado _____ Fecha _____

Firma del navegador _____ Fecha _____

BeneFITS 2 Work Program Office
1170 Market Street, Suite 111, San Francisco, CA 94102
benefits@felton.org

Este programa que brinda que brindan servicio a la comunidad está financiado por el Departamento de Servicios para Discapacidad y Personas de la Tercera Edad de la ciudad de San Francisco.