



## Solicitud para la Ayuda Financiera para los Servicios de una Doula a través del Programa de Nacimientos con el Apoyo de una Doula

La Central Coast Doula Association (CCDA) proporcionará la ayuda financiera a los residentes del condado de Santa Barbara para que participen en nuestras actividades educativas y de la comunidad.

Específicamente, este programa de ayuda financiera proporciona ayuda a las familias de ingreso bajo, las solas madres, las madres adolescentes, las familias de poblaciones de riesgo y los estudiantes a tiempo completo que no pueden pagar la tarifa de mercado para los servicios de una doula, pero quiénes beneficiaran de los servicios ofrecidos por una doula afiliado con CCDA.

Para ser elegible para ayuda financiera, un aspirante debe resolver uno o más de los criterios siguientes:

- Ingreso total de casa de \$30.000 o menos
- Sola madre
- Madre adolescente
- Familia de la población de riesgo
- Estudiante a tiempo completo

### Central Coast Doula Association Solicitud para la Ayuda Financiera para los Servicios de una Doula

Nombre de Aspirante: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha esperada de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre/Guarda (si el aspirante está bajo 18 años de la edad): \_\_\_\_\_

Estado civil: (Círculo uno) Solo Casado/socio de la vida Separado Divorciado

Esposo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ (calle/ciudad/codigo postal)

Email: \_\_\_\_\_

¿Cómo usted conoció de esta oportunidad de la ayuda financiera?

Patrón del aspirante (incluya la dirección): \_\_\_\_\_

Patrón del esposo (incluya la dirección): \_\_\_\_\_

Ingreso anual total de casa (incluye todas las personas quienes viven en la casa): \$ \_\_\_\_\_

Número y edades de niños en su familia: \_\_\_\_\_

Si le aceptamos al programa, puede pagar el costo de servicios de: \$ 50.00? Sí \_\_\_ No \_\_\_

### CONSENTIMIENTO A LA INFORMACIÓN DEL INTERCAMBIO

Entiendo que CCDA se puede requerir alguna información adicional para servir adecuadamente a coordinar servicios con otras agencias, y para verificar la elegibilidad para los servicios. Firmando esta forma, estoy permitiendo que las agencias intercambiaran cierta información así que será más fácil proporcionar o coordinar estos servicios. Certifico que toda la información que he proveído está verdad y correcta. Permito que la CCDA verifique la información aquí. También reconozco que esta solicitud no garantiza que me proporcionarán la ayuda financiera de la CCDA.

Nombre del aspirante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Firma del padre (si el aspirante está bajo 18 años de la edad): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba por favor un **ensayo corto** explicando porque merece que le proporcionamos la ayuda financiera para realizar un **Nacimiento con el Apoyo de una Doula**.

*Este programa se realiza con el apoyo generoso de James Bower Foundation*

**Central Coast Doula Association Tax ID #: 20-3740902**

*The main purposes of the Central Coast Doula Association are: to provide a strong communication link among practicing doulas, the childbearing public, maternity caregivers and others interested in learning more about labor and postpartum support; and to facilitate continuing education and training for its members.*