

Berks County  
**Area Agency on Aging**

**COOLING PROGRAM APPLICATION**

**Name** \_\_\_\_\_ **Telephone** \_\_\_\_\_

**Address** \_\_\_\_\_

**Soc. Sec. #** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_

Do you currently have an air conditioner?  YES  NO

Does your air condition work?  YES  NO

Have you previously received an air condition from BCAA?  YES  NO

If yes, when? \_\_\_\_\_

List current medical conditions:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Your monthly income? \$\_\_\_\_\_ Spouse's monthly income? \$\_\_\_\_\_

Are you able to pick up and transport an air condition?  YES  NO

**Name of person picking up A/C:** \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

Are you receiving any in-home services? And from whom? (i.e. aides, meals, etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Would you like someone to call you to discuss home and community-based services you may be eligible for?  YES  NO



# Aplicación Del Programa De Refrigeración

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

# Soc. Sec. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

USTED TIENE UN AIRE ACONDICIONADO?  Si  No

EL AIRE ACONDICIONADO FUNCIONA?  Si  No

HA RECIBIDO PREVIAMENTE UN AIRE ACONDICIONADO DE NUESTRA AGENCIA?

Si  No

EN CASO SI, CUÁNDO? \_\_\_\_\_

ENUMERE CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO QUE TENGA ACTUALMENTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CUAL ES SU INGRESO MENSUAL? \$ \_\_\_\_\_

CUAL ES EL INGRESO DE SU ESPOSO(A) \$ \_\_\_\_\_

PUEDE ALGUIEN RECOGER EL AIRE ACONDICIONADO POR USTED?  Si  No

**NOMBRE DE LA PERSONA QUE PUEDE RECOGERLO?** \_\_\_\_\_

ESTA RECIBIENDO SERVICIO DE LA OFICINA DE AYUDA PARA ENVEJECIENTE

Si  No

ENUMERE LOS SERVICIOS QUE ESTÁ RECIBIENDO DE CUALQUIER PROVEEDOR EN EL HOGAR, INCLUIDA LA AGENCIA DEL ÁREA DEL CONDADO DE BERKS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*