

Cooling Program Application

Name _____ Telephone _____

Address _____

Soc. Sec. # _____ Date of Birth _____ Age _____

DO YOU CURRENTLY HAVE AN AIR CONDITIONER? YES NO

DOES YOUR AIR CONDITIONER WORK? YES NO

HAVE YOU PREVIOUSLY RECEIVED AN AIR CONDITIONER FROM OUR AGENCY?
 YES NO

IF YES, WHEN? _____

LIST ANY MEDICAL PROBLEMS YOU CURRENTLY HAVE:

WHAT IS YOUR MONTHLY INCOME? _____

WHAT IS YOUR SPOUSES MONTHLY INCOME? _____

ARE YOU ABLE TO PICK UP AND TRANSPORT AN A/C? YES NO

NAME OF PERSON PICKING UP A/C: _____

ARE YOU RECEIVING SERVICES FROM THE BERKS COUNTY AREA AGENCY ON AGING? YES _____ NO _____

LIST ANY SERVICES YOU ARE RECEIVING FROM ANY PROVIDER IN THE HOME INCLUDING THE BERKS COUNTY AREA AGENCY ON AGING:



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
