



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE EMERGENCIA

Por favor revise las políticas del Programa Asistencia Financiera de Emergencia de la Asociación Puertorriqueña de Hemofilia y Condiciones de Sangrado (APH) antes de enviar su solicitud.

He leído y entiendo las políticas del programa de asistencia financiera de emergencia.
Iniciales aquí: _____

Complete la siguiente información en otro color y tipo de letra, si es llenada electrónicamente. Firmela, escanéela y envíela por email o correo postal.

INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha de hoy: _____

Nombre de solicitante: (En caso de ser menor escriba el nombre del padre o tutor)

Dirección física (Calle, Ciudad, Estado, Zip):

Número(s) telefónico (Donde se le pueda contactar para preguntas de seguimiento):

Dirección de correo electrónico: _____

Número de personas viviendo en el hogar: _____

Ingreso del hogar: (indicado por semana, mes o año): _____

¿Tipo(s) de seguro médico? _____

¿Es beneficiario de Medicaid? _____

Empleador(es): _____

Estado civil: _____

Nombre de Cónyuge (si aplica): _____

¿El cónyuge es empleado? ¿Cuál es su empleador? _____

El solicitante es:

- Persona con alguna condición de sangrado.
- Padre o tutor de un menor con alguna condición de sangrado.
- Otro: explique _____

Condición de sangrado: _____

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA DE EMERGENCIA

Describa su necesidad para asistencia financiera:

Use cuanto detalle sea posible.

Describa como esta asistencia le ayudara resolver su necesidad:

Incluya cuando detalle sea posible.

Enumere cualquier otra ayuda financiera solicitada para las necesidades actuales con fechas y resultados de cada solicitud. *Esto no es requerido pero es recomendado.*

Cantidad solicitada (hasta \$500): _____

APH provee un máximo de \$500 fondos por persona/familia por año.

¿Para cuándo necesitaría los fondos? _____

Sea consciente que APH podría tardar hasta dos semanas para procesar una solicitud.

¿Ha aplicado antes para asistencia financiera de APH?

De ser así, provee el mes y el año. _____

La Asociación Puertorriqueña de Hemofilia y Condiciones de Sangrado no puede proporcionar los fondos directamente a los solicitantes, pero si se aprueba su solicitud, APH le pagará directamente a la compañía o establecimiento. Inscríba la información de pago de facturas e incluya con esta solicitud facturas con información de contacto, de ser posible. Revise las políticas del Programa de Asistencia Financiera de Emergencia para más información.

Solicitantes deben firmar un acuerdo de uso previsto declarando que la asistencia financiera recibida de APH será utilizada para el propósito indicado en la solicitud aprobada.

Solicitud de Pago de Factura

Nombre de Compañía/Establecimiento: _____

Número de cuenta: _____

Dirección postal (dirección, ciudad, estado, zip):

Número telefónico: _____

Página Web (cuando sea disponible): _____

Yo, _____, certifico que la información sometida es cierta y correcta de lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Someter vía correo electrónico a hemophilia.aph@gmail.com o vía correo postal a:

Asociación Puertorriqueña de Hemofilia y Condiciones de Sangrado
PMB 633, PO Box 29005,
San Juan, Puerto Rico 00929-0005

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Sección para completarse exclusivamente por el Comité de Ayuda Financiera de Emergencia de la Asociación Puertorriqueña de Hemofilia y Condiciones de Sangrado o Miembros de la Junta.

Solicitud aprobada por: _____

Cantidad Aprobada _____

Numero de cheque: _____

Fecha en la cual la asistencia de fondos fue enviada por correo:

Enviada por: _____

Enviada a: _____

Dirección (dirección, ciudad, estado, zip):

Fin del documento