



APLICACIÓN POR LOS QUE NECESITAN UNA DONACIÓN

ELEGIBILIDAD:

- Los candidatos deben ser padres o guardiánes legales del niño o de la niña quien ha sido diagnosticado/a con y está pasando por exámenes o tratamientos por problemas médicos serios del corazón.
- Los candidatos deben tener problemas financieros a causa de viaje, alojamiento y otros gastos asociados con los problemas médicos que no son pagados por seguros.
- Todas donaciones están dado a la discreción de la Fundación. Las aplicaciones recibidas primero están consideradas antes de las demás. La Fundación puede aprobar una suma más bajo de lo que el candidato pide, también puede negar el pedido completamente.
- La oportunidad a tiempo de los pagos estarán determinados por la suma de los fondos disponibles al momento que la aplicación esta aplicada.

INSTRUCCIONES DE LA APLICACIÓN: (las aplicaciones incompletas estarán vueltas sin acción).

- Candidatos deben terminar ésta aplicación
- Candidatos deben adjuntar una copia de un cheque/recibo de paga reciente.
- Como es posible los candidatos deben adjuntar prueba o evidencia de gastos. Los candidatos quienes no pueden pagar los gastos que tienen que estar pagados al momento de tratamiento deben adjuntar un cite de la suma de los gastos. Los cheques de donación son hechos en los nombres del vendedor y estarán enviado al candidato.
- Enviar la aplicación a: The Erika Kate Foundation, 2228 Hickory Hills, Muscatine, IA 52761.

INFORMACIÓN DE CANDIDATO (Favor de escribir en impreso)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Relación de niño/niña: _____

INFORMACIÓN DE NIÑO/NIÑA (Favor de escribir en impreso)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enfermedad o condición médica: _____

Año de diagnosis : _____ Sexo : F M

Favor de describir los exámenes médicos y tratamiento desde del diagnosis, incluyendo los nombres, ubicaciones de todos los médicos consultados y las fechas exactas de los exámenes y los tratamientos. Si más espacio es necesario, favor de adjuntar una hoja por separado.

INFORMACIÓN FINANCIERO Y SOLICITUD DE DONACIÓN

- 1. Sueldo mensual de la casa antes de la fecha de diagnóstico: \$ _____
- 2. Sueldo mensual de la casa después de la fecha de diagnóstico: \$ _____
- 3. Favor de resumir las razones específicas de por qué necesita ayuda y cómo está relacionada a las condiciones médicas del niño o de la niña.: _____

- 4. **Para dar su resumen de arriba favor de adjuntar una hoja por separada con detalles de las condiciones médicas de su hijo/hija y las dificultades que han puesto a su familia, emocionalmente y financieramente.**
- 5. Favor de escribir los gastos específicos y las sumas que usted pide abajo. Adjuntar evidencia o prueba de los gastos (por ejemplo una factura, un recibo o una factura de su tarjeta de crédito). Todos los pagos son sujetos de aprobación de la Fundación y los fondos disponibles. Si necesita más espacio favor de adjuntar una hoja por separada.

Nombre de vendedor, dirección, y su número de cuenta (si aplicable)	Fecha de gasto	Suma pedida	Evidencia o comprobante de gasto

FIRMA DE CANDIDATO: Yo, _____, certifico que la información que he dado es verdadera y correcta. Yo entiendo que las aplicaciones que no son terminadas estarán vueltas sin acción.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Toda información es guardada confidencial. La Foundation Board of Directors sigue como necesario revisar las aplicaciones. Las emergencias están cargadas lo mas pronto posible hecho caso por caso. Los candidatos estarán notificados de las decisiones tomadas por la Board sobre la confirmación final de la donación financiero. La oportunidad a tiempo de los pagos estará determinada por la suma de los fondos disponibles al momento que la aplicación esta aplicada.