



RUNWAY to HOPE

FAMILY ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION

Runway to Hope tiene el honor de poder revisar su Solicitud de Asistencia Familiar y aprender más sobre la historia de su familia. Runway to Hope sirve a la comunidad de cáncer pediátrico del Gran Centro de Florida y a los tres principales hospitales infantiles: el Hospital Arnold Palmer para Niños, AdventHealth para Niños y el Hospital Infantil Nemours.

Fecha de aplicación: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de cáncer: _____ Fecha del Diagnóstico: _____

Afiliación hospitalaria: _____ Trabajador social: _____

Médico oncológico: _____ Currently Being Treated? Sí NO

Parent/Guardian Name: _____ Los últimos 4 de SSN*:

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Tamaño total de la familia: _____

Fuentes de Ingresos Familiares: Salario SSI Manutención infantil Sellos de alimentos

Otro _____ Incluya un comprobante de salario o un extracto bancario para verificar las fuentes de ingresos.

Empleador del Guardián: _____

¿Es el Padre/Tutor en licencia sin goce de sueldo? Sí NO

Empleador del guardián: _____

¿Es el Padre/Tutor en licencia sin goce de sueldo? Sí NO

¿Ha participado usted /su hijo en la pasarela a la primavera de la esperanza Soiree? Sí NO

Si no, ¿cómo se enteró de la pista a la esperanza? _____

Cuéntanos tu historia:

¿Qué tipo de asistencia está buscando y por qué? (por favor sea lo más específico posible)

Incluya sus gastos a continuación y adjunte una copia de la(s) factura(s) solicitada(s) si corresponde.

Gasto: _____	Cantidad: \$ _____
Gasto: _____	Cantidad: \$ _____
Gasto: _____	Cantidad: \$ _____
Gasto: _____	Cantidad: \$ _____

¿Alguno de los gastos vencidos? Sí NO

En caso afirmativo, cuántos días/meses han pasado? _____

Solicitud(es) especial:

¿Ha recibido usted o su familia asistencia de otras organizaciones sin fines de lucro? Sí NO

Si es así, incluya los nombres de la organización y el motivo de la asistencia:

Fecha de asistencia: _____ Cantidad: \$ _____ Factura pagada: _____

Fecha de asistencia: _____ Cantidad: \$ _____ Factura pagada: _____

Fecha de asistencia: _____ Cantidad: \$ _____ Factura pagada: _____

Consentimiento para divulgar información y afirmación

Por la presente autorizo a todos los hospitales, grupos de seguros e instituciones financieras a divulgar a RTH o a su representante autorizado de deber, cualquier información que se considere necesaria para completar su investigación de mi solicitud de asistencia financiera. Además, autorizo a RTH y a sus representantes a proporcionar la información que pueda ser razonablemente necesaria para ayudar a nuestra familia y a nuestro hijo. Todos los consentimientos dados en este documento continuarán hasta el momento en que el abajo firmante proporcione avisos de terminación por escrito. Con el fin de avanzar en la asistencia financiera en conjunto con el tratamiento médico de _____ (Nombre del niño);

1. Los abajo firmantes son los padres o tutores del niño.
2. La Asistencia Financiera se proporcionará con el uso de dichos fondos que RTH especificará.
3. El abajo firmante además acepta devolver los fondos no utilizados a RTH para que esos fondos puedan ser utilizados por la organización para beneficiar a otras familias.
4. El abajo firmante reconoce y acepta mantener registros que se pondrán a disposición de RTH a petición razonable, detallando los gastos realizados con cargo a los fondos proporcionados por la organización.

Por favor, devuelva el formulario completado a:
Pista a la esperanza
189 S. Orange Avenue, Suite 1800 Orlando, FL. 32801
Correo electrónico: bobbi@runwaytohope.org
Fax: 407-802-1455
Teléfono: 407-802-1544 x 202