



WORLD CRANIOFACIAL FOUNDATION
Medical City Dallas • 7777 Forest Lane • Suite C-616 • Dallas, Texas 75230 • USA
Telephone (972) 566-6669 Fax (972) 566-3850 1-800-533-3315

APLICACION DE ASISTENCIA (NIÑOS)

La misión de la World Craniofacial Foundation es la de brindar ayuda, esperanza, y alivio, para los niños que nacen con malformaciones craneofaciales así como para sus familias. En ciertos casos, la WCF dará ayuda financiera a las familias para asistirlos con gastos relacionados al tratamiento de los pacientes con malformaciones craneofaciales. Estas becas podrán ser utilizadas para cubrir los gastos de alimentación, transporte, y alojamiento relacionados con el tratamiento (citas de doctores, cirugías, y rehabilitación post-operatoria), tanto para el paciente como para su acompañante (familiar o tutor)

Si Ud. cree que califica por una beca de la World Craniofacial Foundation, por favor no dude en llenar la aplicación, firme el consentimiento para realizar fotografías, consentimiento de datos medicos (ultimas dos paginas), e incluya la siguiente información:

- 1. Foto reciente del paciente (la foto no sera devuelta) .**
- 2. Copias de datos medicos e información del paciente.**
- 3. Carta del médico tratante, confirmando fecha de la cita, plan de tratamiento, y días estimados de estadia.**
- 4. Copia reciente de la declaración de impuestos al IRS (en caso de que corresponda) .**
- 5. Copia reciente de talón de cheque de sueldo.**
- 6. Mande la aplicación completa a:**

**World Craniofacial Foundation
7777 Forest Lane, Suite C616
Dallas, Texas 75230
USA**

Para mas información, visite,
www.worldcf.org

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de aplicación ____/____/____

Aplicación es para asistencia con: transporte comida alojamiento

Nombre de paciente: _____

Edad ____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Hombre ____ Mujer: ____

Nombre de parientes o guardianes:

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono -Casa: (____) _____ Teléfono - Celular: (____) _____

Email donde podemos comunicar: _____

Diagnóstico del paciente: _____

Nombre del médico del paciente : _____

Dirección de consultorio: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono de Doctor: (____) _____

Número total de personas en casa: _____

Nombres y edades de niños en casa:

Nombre	Edad	Nombre	Edad
--------	------	--------	------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Seguro médico presente de tratamiento médico/quirúrgico incluyendo:

Medicaid Otro _____ Ninguno

Seguro de Grupo de Empleador

Nombre de seguro _____

Si seguro de grupo, nombre de grupo de empleador _____

EMPLEO

PADRE: Ocupacion: _____ Empleador: _____

Direccion de compania _____

Ciudad: _____ Estado _____ Codigo _____ Telefono (____) _____

MADRE: Ocupacion _____ Empleador _____

Direccion de compania _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____ Telefono (____) _____

SUELDO POR MES

Salario/propinas de padre	\$ _____
Salario/propinas de madre	\$ _____
Salario/propinas de otros miembros de familia	\$ _____
Otros ingresos (por favor detalle)	\$ _____
_____	\$ _____

SUELDO TOTAL POR MES \$ _____

GASTOS POR MES

Hipoteca de casa o renta	\$ _____
Automobile - pagos(s):	
Auto 1 Marca/Modelo: _____	\$ _____
Auto 2 Marca/Modelo: _____	\$ _____
Utilidades (electricidad, gas, agua):	\$ _____
Telefono:	\$ _____
Seguros: automobile	\$ _____
vida	\$ _____
medico	\$ _____
propiedad	\$ _____

Gastos medicos _____
_____ \$ _____

Cuidado de ninos	\$ _____
Bancos/compania financieras	\$ _____
Trajetas de credito	\$ _____
Otro	\$ _____

GASTOS TOTAL POR MES \$ _____

BIENES

(Valor total de cada uno – ponga no si es necesario)

Dinero en efectivo en banco or otro institucion	\$ _____
Nombre de banco _____	
Numero de cuenta _____	
Nombre de banco _____	
Numero de cuenta _____	\$ _____
U.S. Savings Bonds	\$ _____
Seguro de Vida (valor en efectivo)	\$ _____
Stock Securities	\$ _____
Otro	\$ _____
Bienes raices (casa)	\$ _____
Bienes raices (otras propiedades)	\$ _____
Automovil(es)	\$ _____
_____	\$ _____
Otros bienes _____	\$ _____

BIENES TOTALES

\$ _____

OBLIGACIONES - DEUDAS (detalle cantidad total de cada uno)

Pagos de:	
Banco _____	\$ _____
Compania financiera _____	\$ _____
Automovil(es) _____	\$ _____
_____	\$ _____
Otro _____	\$ _____
Pagos de cuenta:	
Trajeta de credito _____	\$ _____
Cuentas de credito _____	\$ _____
Otro _____	\$ _____
Hipoteca (cantidad deudor)	\$ _____
Hipoteca (otras propiedades)	\$ _____

DEUDAS TOTALES

\$ _____

La declaracion de Bienes y Deudas es hasta este dia ___ de _____, 20___, y es por el uso exclusivo de la World Craniofacial Foundation en la evaluacion para asistencia financiera. Yo autorizo a World Craniofacial Foundation a revelar y usar la informacion necesaria para procesar esta solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

SOLICITUD PARA ASISTENCIA

Por favor describa los gastos que cree que va necesitar para asistencia. Por ejemplo: alimentos, alojamiento, tickets aereos, gasolina del auto:

Use el espacio abajo para decribir alguna circunstancia no usual en que quiera que la Fundacion sepa en evaluacion de su solicitud para asistencia financiera.

Ha aplicado a otra organizacion para asistencia? No Si

Si ha aplicado, favor the incluir lo siguiente:

Nombre de organizacion: _____

Telefono de organizacion: (____)_____

El firmante de esta Solicitud para Asistencia certfica que la informacion is verdad y correcto.

Firma: _____ **Fecha:** _____



PERMISO DE FOTOS

Fecha: _____

Yo, _____ (paciente/pariente o persona a cargo) doy permiso a la World Craniofacial Foundation, con respecto a fotografías que se tomaran del paciente _____ . Las mismas, serán propiedad de World Craniofacial Foundation y están en su posesión para :

A) Uso de derecho de autor, bajo su nombre, o otro nombre escogido..

B) Usar, re-usar, publicar, y/o re-publicar el mismo en total o en parte, sea individual o en conjunto con otras fotografías, en cualquier intermedio o propósito, incluyendo pero no limitado, a ilustraciones, promociones, y/o publicidad, y/o comercio.

C) Usar mi nombre en conexión si se necesita.

Yo, por este medio, no responsabilizo y desligo a la World Craniofacial Foundation de cualquier reclamo o demanda, por el uso de fotografías e información del paciente en cuestión .

Esta autorización y permiso será también para el beneficio de los representantes legales, licenciados, y asignantes de la World Craniofacial Foundation, incluyendo las personas o entidades que toman las fotografías

E leído y entiendo el contenido de este permiso.

(Firma de testigo)

(Firma de paciente, o pariente/guardian si menor)

(Relación de paciente)

(Domicilio)



WCF CONSENTIMIENTO Y ENTREGA DE INFORMACION

1. Yo autorizo World Craniofacial Foundation
Direccion: 7777 Forest Lane C616 Dallas TX 75230
Telefono: 972-566-6669 Fax 972-566-3850

A entregar informacion los archivos medicos de:

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

SS# (en caso de que corresponda) _____

Cubriendo el tratamiento de (mes/año) _____ a (mes/año) _____

2. Informacion que se divulgara:

_____ Historia Clinica _____ Reporte Medico Completo

_____ Reportes/Cuentas financiera

_____ Reportes de Protocolos quirurgicos

_____ Otro _____

3. Entrega de informacion de la oficina: medico a cargo del paciente

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo _____

4. Proposito de revelacion: _____

5. Yo entiendo que este documento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en caso que la informacion ya fue diseminada antes de que esta oficina obtenga este documento. Si la recovacion no fue recibida, se considera que es autorizacion valido por un periodo de tiempo no pasando un año.

6. Fecha de expiracion de este consentimiento: _____

7. Esta oficina, sus empleados y doctores atendiendo, no sera responsable legales por la divulgacion de informacion al extento indicado y autorizado.

8. Entiendo que la informacion divulgada podra contener resultados o referencia de pruebas de HIV o AIDS (CIDA) o COVID-19.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Relacion al Paciente: _____