



FUNDACION ESPECIAL DE RECURSOS PRO NIÑOS CON IMPEDIMENTOS

SOLICITUD DE AYUDA

Favor de completar todas las partes de esta solicitud y firmar. De tener alguna duda, favor de comunicarse al (787) 763-5214.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección residencial: _____

Dirección postal: _____

Teléfono residencial _____ Celular: _____

Otros: _____ Email: _____

Diagnóstico: _____

Equipo que solicita: _____

CANTIDAD QUE PUEDE APORTAR A LA COMPRA DE SU EQUIPO \$ _____

Nombre de otra institución donde haya pedido ayuda _____

Nombre del Padre o Tutor Legal _____

Nombre de la Madre o Tutor Legal _____

¿Cómo supo de FERNI? _____

INGRESO DEL HOGAR POR CONCEPTO DE:

Salario: \$ _____ Seguro Social: \$ _____ PAN: \$ _____ PAE: \$ _____ ASUME: \$ _____

Otros (Indique): _____

GRUPO FAMILIAR

Provea la siguiente información del grupo familiar (que viven en el hogar)

Nombre	Edad	Parentesco con paciente	Ocupación

NOTA:

Es necesario que envíe todos los documentos requeridos en la solicitud para poder tramitar su solicitud de ayuda.

De no recibirse los documentos, su solicitud no será tramitada.

Requisitos:

- () Copia de certificado de nacimiento
- () Foto de cuerpo entero de niño(a)
- () Receta médica o de la terapeuta donde se indique diagnóstico y las especificaciones del equipo solicitado.
- () Tres (3) cotizaciones de compañías suplidoras del equipo solicitado
- () Evidencia de ingresos
- () Copia de identificación de padre, madre o tutor legal (*licencia de conducir, pasaporte*)

Por la presente certifico que la información aquí provista es correcta. Autorizo a FERNI a proveer esta información a las agencias auspiciadoras y organizaciones colaboradoras.

Firma del Padre o Encargado

Fecha

2000 Carr. 8177
Suite 26, PMB 483
Guaynabo, PR 00966
Tel. (787) 763-5214 Fax (787) 758-9732
ferni@coqui.net www.fernipr.org



Consentimiento de fotografía y divulgación de información de salud (HIPAA)

FERNI tiene la obligación de proteger la privacidad de la información médica de su hijo(a). Puede ser necesaria la utilización de parte de su información médica como nombre del paciente, condición médica, fotografía y/o video, para propósitos de promoción de la Fundación y solicitud de auspicios que beneficiarán tanto a su hijo como a la población con la que trabajamos. Al firmar este documento, está dando consentimiento para dicho uso.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante solicitud por escrito. De usted revocar este consentimiento, nos prohíbe el uso de su información médica para los propósitos antes descritos. Sin embargo, no podemos retractarnos de aquella información utilizada cuando se tomó previa acción mediante consentimiento.

Certifico que he leído y entendido los términos aquí descritos, que estoy de acuerdo con los mismos y que autorizo a FERNI a proveerme servicios bajo estas condiciones.

Nombre del paciente

Fecha

Nombre del padre, madre o tutor

Firma del padre, madre o tutor

(Foto del paciente
de cuerpo entero)