Solicitud de Ayuda Económica

*Financial Support Application*

Favor de llenar esta solicitud y enviarla firmada junto con los siguientes documentos al correo:

*Please fill out this form and send it signed along with the following documents to this mail:* *andreaandrea@angelsofcharityandmusic.org*

1. Solicitud firmada / *Signed application*
2. Copia del Documento de Identidad / *Copy of ID*
3. Copia de algún documento que confirme que es o fue un paciente con cáncer /

 *Copy of a medical record showing you are or were a cancer patient*

1. Nombre del paciente:

*Patient Name:*

1. Apellidos:

*Last Names:*

1. Número Telefónico:

*Phone Number:*

1. Correo Electrónico:

*Email Adress:*

1. Dirección complete incluyendo código postal y país:

*Address including zip code and country:*

1. Persona a la cual contactar en caso de emergencia incluyendo parentesco:

*Person to contact in case of an emergency including relationship:*

1. Número Telefónico:

*Phone Number:*

1. Tipo de cáncer que padeces o padeciste:

*Kind of cancer you have or had:*

1. Grado del cáncer:

*Cancer Stage:*

1. Breve explicaciؚón de la situación:

*Brief explanation of the situation:*

1. Explicación de la ayuda económica que necesita:

*Explanation for the financial support needed:*

1. En el caso de calificar, ¿cómo usaría la ayuda económica?

*If you were chosen for this grant, how would you use the financial support?*

1. Nombre del doctor tratante:

*Doctor´s Name:*

1. Número Telefónico:

*Phone Number:*

1. Dirección:

*Address:*

1. ¿Solo si es necesario, estarías de acuerdo que contactemos a tu médico?

*Only if needed, would it be OK with you if we contact your doctor?*

1. Si fuera necesario, ¿estarías de acuerdo que compartiéramos con nuestros donadores tu historia, foto o video, con tu previa autorización?

*If needed, would it be OK with you if we share with our donors your story, picture or video upon approval?*

Yo\_ \_ (Nombre completo) estoy de acuerdo con estos términos.

*I \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Full name) agree with these terms and conditions.*

Fecha:

*Date:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Firma Paciente Mayor de Edad Firma del Padre/Madre o Tutor

*Signature Patient of Legal Age Signature of Parent or Legal Guardian*