

1. Describa brevemente su incapacidad: _____
2. Desde hace cuánto esta condición ha existido? _____
3. Es su condición permanente? Sí No
Si la respuesta es no, por cuánto tiempo? _____
4. Qué limitaciones tiene usted debido a esta incapacidad? _____

5. Específicamente, para qué aparato médico o asistencia educacional está usted solicitando fondos?

6. Cuál es el costo de esto? \$ _____
7. Con cuánto necesita usted que la Fundación Blanche Fischer contribuya? \$ _____
8. Nombre y dirección del proveedor (*por favor, adjunte fotocopia de un documento que incluya el precio o alguna información de pedido*): _____

9. Ha solicitado fondos de otras fuentes? Sí No
Si la respuesta es si, indique el nombre de la fuente. _____
Por cuánto? _____
10. alguna solicitud de fondos ha sido aprobada? Sí No
Si la respuesta es sí, por quién? _____
Por qué cantidad? _____
11. Su condición requiere del uso de alguna prótesis? Sí No
Si la respuesta es sí, qué tipo de prótesis? _____
Por cuánto tiempo la ha usado? _____
12. alguna vez ha recibido entrenamiento vocacional? Sí No
Por parte de quién (agencia estatal, federal o alguna organización privada)?

Cuándo? _____
Este entrenamiento le ha ayudado a conseguir empleo? Sí No
13. Cómo podría este fondo mejorar su calidad de vida? _____

Se requieren informes, cartas u opiniones de su doctor o de otro profesional, debidamente certificado. Por favor, adjunte toda la documentación reciente que tenga.

II. SOLICITUD DE BENEFICIOS

NOTA: *Toda persona que viva con usted deberán de ser considerados en esta sección.*

Fecha de nacimiento del solicitante: _____ Edad: _____

Si es menor de edad, nombre del(os) padre(s) o del guardián: _____

Edad de cada uno de los niños en la casa: _____

Parentesco con otros adultos en la casa: _____

Número de adultos en la casa: _____ No. de asalariados en la casa: _____

Ocupación (es): _____

Nombre y dirección de su lugar de trabajo: _____

A. INGRESOS:

- | | | | |
|---------------------------|----------|------------------------------|----------|
| 1. Asalariado principal: | | 3. Otros ingresos mensuales: | |
| Salario bruto mensual: | \$ _____ | Seguro Social: | \$ _____ |
| Salario neto mensual: | \$ _____ | Child support: | \$ _____ |
| | | Asistencia Pública: | \$ _____ |
| 2. Asalariado Secundario: | | Estampilla para Comida: | \$ _____ |
| Salario bruto mensual: | \$ _____ | Otro (explique): | \$ _____ |
| Salario neto mensual: | \$ _____ | | |

B. GASTOS mensuales actuales:

	<u>Pagos Mensuales</u>	<u>Balance Total</u>
Casa	\$ _____	
Comida	\$ _____	
Vestuario	\$ _____	
Servicios (agua, luz, teléfono, etc)	\$ _____	
Gastos médicos y dentales	\$ _____	\$ _____
Guardería	\$ _____	\$ _____
Otros pagos (automóvil, etc)	\$ _____	\$ _____
Otros gastos (especifique):	\$ _____	\$ _____

C. Qué tipo de seguro medico tiene?

- Seguro de salud privado Medicare Plan de Salud de Oregon
- Ninguno Otro (describa): _____

D. BIENES:

Usted renta o es dueño de su residencia? Dueño Renta

Cuánto paga por mes? \$ _____

Es usted dueño de alguna otra propiedad? Sí No

Si es sí, por favor describa: _____

Automóvil(es):

Marca: _____ Año: _____ Valor: \$ _____

Marca: _____ Año: _____ Valor: \$ _____

Valores bursátiles, bonos, seguros: _____

Monto en efectivo y cuentas de banco: _____

Otra propiedad – qué tipo?: _____

Valor: \$ _____

E. ALGUNA OTRA INFORMACIÓN QUE USTED DESEA QUE CONSIDEREMOS:

Toda concesión es hecha confiando en la información suministrada en esta solicitud. Entiendo que cualquier error sustancial, incluyendo omisiones, puede dar lugar a la cancelación de esta concesión. También entiendo, que si el fondo es concedido, el pago se hará directamente al vendedor o proveedor del servicio. Además, entiendo, que las decisiones en cuanto a elegibilidad y donaciones están sujetas a la discreción única de la Fundación Blanche Fischer y que dichas decisiones son definitivas.

Entiendo que los fondos concedidos por la Fundación Blanche Fischer son reportados en su declaración de impuestos federales, por lo que los nombres y direcciones de los beneficiarios serán parte del registro público.

Firma(s):

Solicitante

Padre de familia

Padre de familia

Guardián

Importante: Aún cuando usted envíe la aplicación vía fax, también deberá de enviar el original vía correo junto con su certificado médico de incapacidad. Envíe la documentación completa y firmada a Fundación Blanche Fischer:

Blanche Fischer Foundation
1509 SW Sunset Blvd., Suite 1-B
Portland, OR 97239