



OFFICE USE  
ONLY

### Pedido para Asistencia

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha del Pedido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### Programa Solicitado

(Por favor vean nuestro sitio web o llame la oficina para más información sobre los programas.)

Asistencia       Nadadores Pequeños/Guerrero de Agua       Pequeños Jinetes

### ***Para Pedidos de Asistencia por favor complete los siguiente:***

Razón por el Viaje: \_\_\_\_\_

Información de la Cita: Nombre del Médico/Hospital \_\_\_\_\_

Fecha de la Cita \_\_\_\_\_ Hora de la Cita: \_\_\_\_\_

Transportación:  Carro       Autobús       Tren       Avión      Costo Estimado: \$ \_\_\_\_\_

De (Ciudad) \_\_\_\_\_ Fecha de Salida: \_\_\_\_\_

A (Ciudad) \_\_\_\_\_ Fecha de Regreso: \_\_\_\_\_

¿Pedido de Alojamiento?  Sí \*  No Si es sí:  Casa de Ronald McDonald  Otro\*: \_\_\_\_\_

*\*Alojamiento se considera solo cuando otro alojamiento sin fines de lucro no está disponible. Pedidos para alojamiento deben ser hechos a la casa de Ronald McDonald por lo menos dos semanas antes de la cita. Por favor llamen al trabajador social del hospital donde su niño/a será tratado para esta remisión. El Trabajador Social se contactará con nosotros si no hay alojamiento.*

Si se Pide Alojamiento: Fecha de llegada \_\_\_\_\_ Fecha de salida \_\_\_\_\_

Número de personas viajando \_\_\_\_\_ Preferencia (Circule): 2 Camas Matrimoniales/Dobles **O** 1 de Tamaño Rey

Fuentes de Fondos: Liste cualquier otra fuente de fondos utilizados sobre los últimos 12 meses incluyendo cualquier otros Sin Fin de Lucro o Fundaciones.

Equipo/Ítem Solicitado: Incluye la información completada para ordenar (marca, número de catálogo, tamaño, etc.) y carta de denegación de su compañía de seguro, Medicaid, o Medicare.

Discapacidades del niño/a asociada con el Equipo Pedido \_\_\_\_\_

Por favor manden lo siguiente con su aplicación completa:

- Si esta es la primera vez aplicando con la Mano de Ayuda de Jack **O** si ha sido más de dos años desde que usted aplico por favor manden la aplicación completa (páginas 1-6)
- Si tienen una aplicación actualizada (menos de dos años) por favor completen el formulario de Solicitud de Asistencia con esta página de firmas (páginas 5-6)
- Una foto en color de su niño/a (opcional)

Con el fin de avanzar asistencias financieras/tarjetas de regalo junto con el tratamiento médico de \_\_\_\_\_ (niño), el abajofirmante afirma lo siguiente:

1. Los abajofirmantes son los padres o tutores legales del niño.
2. Asistencia financiera proporcionada será con el uso de dichos fondos/tarjetas de regalos especificados por La Mano de Ayuda de Jack. **Las tarjetas de regalo deben ser usadas durante las fechas de las citas pedidas.**
3. Los abajofirmantes se comprometen a devolver los fondos no utilizados de inmediato a La Mano de Ayuda de Jack para que estos fondos puedan ser utilizados por la organización para el beneficio de otras familias.
4. Los abajofirmante reconocen y se comprometen a mantener registros que podrán ser disponibles a La Mano de Ayuda de Jack a petición razonable, que detalla los gastos realizados con los fondos/tarjetas de regalos proporcionados por la organización.

Yo he leído las directrices para asistencia financiera y la lista de chequeo y yo declaro que la información proporcionada en este formulario de aplicación, incluyendo las hojas adjuntas, es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

Firmado este \_\_\_ día de \_\_\_\_\_ en el año del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Favor de Deletrear su Nombre

\_\_\_\_\_  
Favor de Deletrear su Nombre

Relación al niño/a:

- Madre  Padre  Mismo  
 Abuelo/a  Otro \_\_\_\_\_

Relación al niño/a:

- Madre  Padre  Mismo  
 Abuelo  Otro \_\_\_\_\_

**DEVOLVER A:**

**Jack's Helping Hand**  
**P.O. Box 14718**  
**San Luis Obispo, CA 93406**  
**Teléfono: (805) 547-1914 Fax: (805) 592-2018**  
**Correo Electrónico: [jhh@jackshelpinghand.org](mailto:jhh@jackshelpinghand.org)**