



Programa de Ayuda de Emergencia

SOLICITUD DE AYUDA DE EMERGENCIA

Al Entregar esta forma no hay garantía de financiación. Aprobación es a la discreción de la Fundación de Hemofilia del Sur de California y es dependiendo de disponibilidad de fondos.
 Por favor llene esta solicitud y envíela por correo electrónico a info@hemosocal.org, fax al 626-765-6657 o por correo a la Fundación de Hemofilia del Sur de California
 Se **requiere** una copia de la cuenta pendiente junto con esta solicitud.

Fecha de la Solicitud:	
Nombre del Apicante:	
Apicante es (marque uno):	<input type="checkbox"/> Persona con enfermedad sanguínea <input type="checkbox"/> Madre-Padre/Guardian Legal de persona, con enfermedad sanguínea <input type="checkbox"/> Otra: _____

Miembros en el Hogar: Lista de todas las personas que viven en el hogar; indique aquellos con enfermedad sanguínea si aplica.

Miembro(s) de la familia	Fecha de Nacimiento	Edad	Diagnostico con Enfermedad Sanguínea	Relación

Dirección:	
Ciudad/Estado/Número Postal:	
# de Teléfono:	
Correo electrónico:	
Referido a la Fundación por:	
Nombre del doctor que trata el desorden sanguíneo	
Centro de tratamiento de hemofilia	
Correo electrónico del quien le dio la referencia	



Programa de Ayuda de Emergencia

# de Teléfono de persona quien lo refirió:	
Relación de la persona que le dio la referencia	
Nombre de su trabajador social:	
¿Qué tipo de seguro de salud tiene? Por favor marque todos los que apliquen.	<input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> GHPP <input type="checkbox"/> CCS <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Sin seguro
¿Su hogar recibe asistencia pública? (por ejemplo, MediCal, Medicare, WIC, TANF, CALFRESH, SSI, UI o SDI?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿ha solicitado Asistencia para el pago de servicios públicos o la reducción de tarifas a través de sus compañías locales de agua, electricidad, gas natural y teléfono? En caso afirmativo, ¿calificó para tarifas con descuento o asistencia? Por favor explique.

Nombre de acreedor(es): (Negocio o individuo quien HFSC le debe enviar el cheque)	
Número de cuenta	
Dirección al acreedor:	
Ciudad/Estado/Número Postal:	
Cantidad de esta Petición:	
¿Corre el riesgo de que se apaguen los servicios públicos debido a facturas vencidas? Si es así, ¿cuál es la fecha en que se cerrarán las utilidades?	



Programa de Ayuda de Emergencia

Ingresos: Por favor describa los nombres e ingresos de cada personas en el hogar		
Nombre:	Ingresos mensuales (salarios, SSI, SSDI, asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia, prestaciones por desempleo, DI, PFL, etc.)	
Ingresos anuales del Hogar		
¿Ha aplicado para ayuda de HFSC en el pasado? Si ha aplicado, por favor escriba el mes y año y el propósito de la ayuda.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Gastos mensuales: indique los gastos mensuales de su hogar.		
Mes	Año	Propósito de Ayuda
¿Ha solicitado asistencia de HFSC en el pasado? En caso afirmativo, indique mes / año y propósito	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Comentarios adicionales		
El Programa de HFSC de Ayuda de Emergencia se debe considerar como una última opción. Por favor escriba recursos (organizaciones, amigos, familia, iglesia, etc.) a quienes les ha pedido ayuda, antes de la Fundación.		
Nombre:	Teléfono:	
Nombre:	Teléfono:	
Nombre:	Telefono:	
Escriba una descripción corta de las circunstancias por las cuales necesita la ayuda de la Fundación:		



Programa de Ayuda de Emergencia

Para el personal de HFSC Solamente	
Paid amount:	
Method of payment	
Date of Payment	
Notes:	