

Solicitud de Financiamiento para Familias

Project 4031 brinda ayuda económica para cubrir las necesidades básicas de niños y adultos con enfermedades terminales con una expectativa de vida de seis meses o menos. Project 4031 brinda ayuda económica para cubrir las necesidades básicas de niños y adultos con enfermedades terminales con una expectativa de vida de seis meses o menos. Como organización sin fines de lucro, 501(c)(3) fue fundada en Fort Worth, Texas. Project 4031 UNICAMENTE atiende a pacientes que viven en Texas. El apoyo está destinado a familias con problemas para poder llegar a fin de mes debido a dificultades económicas. El apoyo está destinado a familias con problemas para poder llegar a fin de mes debido a dificultades económicas.

¿Quién es elegible para solicitar?

Niños y adultos con enfermedades terminales con una expectativa de vida actual de seis meses o menos que residan en el estado de Texas son elegibles para recibir financiamiento a corto plazo para ayudar con sus necesidades básicas como vivienda, servicios públicos, alimentos y más. Si un paciente no está en el servicio de cuidados paliativos, se requiere la documentación de un médico profesional tratante como prueba de un diagnóstico terminal. No es relevante si un paciente/familia ha recibido recursos de otras agencias en el pasado.

No podemos cumplir con los siguientes tipos de solicitudes:

- Solicitudes para personas con enfermedades crónicas o potencialmente mortales (a menos que se encuentren en sus últimos seis meses de vida)
- Solicitudes para pacientes FUERA del estado de Texas
- Solicitudes póstumas de cualquier tipo
- Tratamientos médicos/facturas médicas/medicamentos recetados
- Seguro médico
- Mejoras a la propiedad y al hogar
- Rembolso de facturas pagadas
- Impuestos
- Efectivo
- Facturas de tarjetas de crédito
- Facturas de cable/ internet

Cómo presentar la solicitud:

Haga clic en la parte de abajo para enviar la solicitud en línea, ahora desde cualquier dispositivo o descargue la solicitud en PDF. La solicitud en PDF debe enviarse en la parte de abajo utilizando nuestro sistema compatible con HIPAA. Todas las solicitudes, formularios y documentación complementaria deben enviarse o cargarse a través de nuestro portal en línea y no se aceptarán por correo electrónico. Las solicitudes de Financiamiento para Familias requieren lo siguiente: Todas las solicitudes sin lo siguiente se considerarán incompletas.

- Firma del paciente o cuidador autorizado/padre/tutor legal
- Documentación complementaria:
- Comprobante de ingresos actual
- Copia de facturas pendientes de pago/documentos de vivienda actuales, para los que solicita el financiamiento (si corresponde)
- Formulario de autorización médica
- Este formulario debe ser completado por el representante del hospicio o el profesional médico que lo refirió con una hoja de registro del hospicio o una carta oficial respectivamente. Haga clic en la parte de abajo para enviar el formulario en línea ahora desde cualquier dispositivo o descargar el formulario en PDF. El formulario PDF y la documentación complementaria deben enviarse utilizando nuestro sistema compatible con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés)

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina antes de enviar su solicitud. Llame al (817) 653-8976 o envíe un correo electrónico a info@project4031.org.



Coloque los nombres en la solicitud tal y como aparecen en la identificación oficial: licencia de conducir, ID, pasaporte o acta de nacimiento.

Requisitos:

- Firma del paciente o cuidador autorizado/padre/tutor legal
- Documentación complementaria:
 - Comprobante de ingresos familiares actuales. Se aceptan talones de pago, carta del empleador, SSI, declaración de discapacidad o extracto bancario.
 - Copia de facturas pendientes de pago/documentos de vivienda para los que se solicita financiamiento (si corresponde). Copias claras de todo el documento que muestren el monto de adeudo actualizado, deben ser visibles para ser aceptadas.
- Formulario de autorización médica
 - Se puede acceder por separado a éste formulario en línea en la página de la solicitud y debe ser completado por el representante del hospicio o el profesional médico que refiere al paciente. Al enviar la solicitud, se le enviará un correo electrónico de recordatorio sobre cómo acceder al formulario en línea al representante del hospicio o al profesional médico que hace la referencia y que figura en la solicitud.

instrucciones para enviar la solicitud:

1. Complete ésta solicitud en su totalidad.
2. Reúna toda la documentación complementaria (si corresponde).
3. Escanee la solicitud completa y toda la documentación complementaria con su smartphone o escáner.
4. Ingrese a “Project4031.org” y vaya a la página de solicitud de Funding for Families. Haga clic en el botón “Enviar solicitud en PDF aquí”
5. Complete todos los campos obligatorios, suba la solicitud y todos los archivos de la documentación complementaria y haga clic en “Enviar”.

Nombre del paciente

Nombre(s)

Apellido(s)

Nombre y parentesco de la persona que refiere al paciente

Nombre(s)

Apellido(s)

Parentesco

Información de contacto de la persona que refiere al paciente para los servicios

Número telefónico

Correo electrónico

¿Cómo se enteró de Project 4031?

- Representante de hospicio
- Profesional médico
- Agencia comunitaria
- Amigos/Familiares.
- Sitio web de Project 4031
- Personal de Project 4031
- En línea/Redes sociales



Dirección del paciente

Domicilio (línea 1)

Domicilio (línea 2)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Número telefónico principal

Número telefónico

Número telefónico adicional

Número telefónico

Edad

Fecha de nacimiento

Mes

Día

Año

Género

Masculino

Femenino

Grupo étnico

Religión

¿Le gustaría que se le incluyera en la lista de oración?

Sí

No

¿Es un militar veterano?

Sí

No

Si marcó "Sí", indique la rama y las fechas de servicio.



Idioma natal

- Inglés
- Español
- Otro

Si el Inglés no es su idioma natal, proporcione la información de un traductor de ser posible.

Nombre del traductor y relación con el paciente

Nombre(s)

Apellido(s)

Relación

Información de contacto del traductor

Número telefónico

Correo electrónico

Nombre del familiar o cuidador y su relación con el paciente.

Nombre(s)

Apellido(s)

Relación

Información de contacto del familiar o cuidador

Número telefónico

Correo electrónico

Dirección del familiar o cuidador (si es diferente a la del paciente)

Domicilio (línea 1)

Domicilio (línea 2)

Ciudad

Estado

Código Postal

¿El paciente ha recibido servicios por parte de Project 4031 anteriormente (Financiamiento para Familias o Cumplimiento de Sueños)?

- Sí
- No

Si marcó "Sí", describa lo que solicitó y la fecha en que se le otorgó.



¿El paciente ha recibido servicios de otra organización?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique el nombre de la(s) organización(es), los servicios recibidos y las fechas en que se completó.

¿Hay una solicitud enviada/pendiente con alguna otra agencia/organización sin fines de lucro?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique el nombre de la(s) organización(es) y describa la(s) solicitud(es).

¿Alguna vez el paciente ha presentado una solicitud que haya sido rechazada por otra organización?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique el nombre de la(s) organización(es) y el(los) motivo(s) de la negación.

Información para Financiamiento

¿Para qué necesidades económicas solicita ayuda el paciente? Complete en orden de importancia e incluya los siguientes detalles:

Nombre de la empresa	Cantidad que se debe	Número de cuenta e información del pago



Si solicita ayuda para alimentos, complete los espacios correspondientes e indique las opciones de supermercados preferidas y la cantidad que necesita para los gastos mensuales de alimentos.

Si es posible, ¿con qué cantidad puede contribuir el paciente/la familia para el pago de las facturas presentadas?

Se requieren copias actualizadas de las facturas pendientes de pago mencionadas anteriormente que se enviarán junto con la solicitud.

Describa sus dificultades económicas actuales y las razones por las que necesita ayuda en este momento. Si es posible, incluya de qué manera la ayuda económica beneficiará al paciente/la familia en los próximos meses en caso de que se apruebe el financiamiento.

Información del Hogar

Indique todas las personas que actualmente viven con el paciente.

Nombre completo	Edad	Parentesco con el paciente



¿Alguien en el hogar trabaja?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique el nombre de la persona, el empleador y los ingresos mensuales actuales.

Nombre del paciente	Empleador	\$ Cantidad mensual

El paciente/familia, ¿recibe alguno de los siguientes apoyos? De ser así, especifique la cantidad mensual.

- El paciente/familia no recibe ningún apoyo.
- Seguridad Social
- Pensión/jubilación
- Vivienda
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- SNAP/Cupones para alimentos
- Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Manutención de los hijos
- Otro

¿Cuál es el ingreso mensual TOTAL del hogar?

Se requiere presentar el comprobante actual de ingresos familiares mencionado anteriormente junto con ésta solicitud completa. Un talón de pago, carta del empleador, SSI, declaración de discapacidad o extracto bancario son aceptables.

Al enviar la solicitud, como el paciente/cuidador autorizado/padre/tutor legal, certifico que la información contenida en ésta solicitud es verdadera y precisa.

Reconozco que se requieren copias de las facturas actuales sin pagar y comprobante de ingresos del hogar como parte de la documentación que se debe presentar junto con la solicitud.

Autorización Médica

¿El paciente está actualmente en el servicio de cuidados paliativos?

- Si
- No

Si marcó “Si”, proporcione la información de contacto de su representante de cuidados paliativos en la parte de abajo.



Si marcó “No”, proporcione SOLAMENTE la información de contacto de su profesional médico tratante (Médico, Asistente Médico (PA), Enfermero(a) Practicante (NP) o Enfermero(a) Registrado (RN)).

Nos pondremos en contacto con su representante de hospicio o profesional médico con respecto a su condición médica y recibiremos una autorización médica firmada que nos permitirá atenderlo de la mejor manera posible. Su solicitud se considerará incompleta hasta que se presente la Autorización Médica firmada y la documentación complementaria.

Nombre y cargo del representante del hospicio o profesional médico

Nombre(s)

Apellido(s)

Cargo

Nombre del hospicio u hospital/centro de tratamiento

Información de contacto del representante del hospicio o profesional médico

Número telefónico

Correo electrónico

Al enviar la solicitud, como paciente/cuidador autorizado/padre/tutor legal, por medio de la presente, autorizo al representante del hospicio o al profesional médico, proporcionar la información necesaria a Project 4031 con respecto a ésta solicitud de financiamiento para familias.

Autorización de Privacidad HIPAA

Para:

Nombre del representante del hospicio o profesional médico

Dirección de la empresa de cuidados paliativos o del hospital/centro de tratamiento

Domicilio (línea 1)

Domicilio (línea 2)

Ciudad

Estado

Código postal

Asunto:

Nombre del paciente

Nombre(s)

Apellido(s)

Fecha de nacimiento del paciente

Mes

Día

Año



Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser utilizada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Autorizo el uso y la divulgación a Project 4031 de toda la información de salud protegida sobre el paciente como se describe a continuación:

Información que se puede usar/divulgar: Autorizo la divulgación de mis registros de salud completos, incluyendo pero sin limitación la información sobre facturación, condición, tratamiento y pronóstico, según sea necesario o solicitado por Project 4031 para evaluar:

1. Si el paciente es médicamente elegible para los servicios de Project 4031.
2. Si solicita un Sueño, ya sea si su solicitud es médicamente adecuada o no. Además, el representante de hospicio/profesional médico está autorizado a completar, firmar y proporcionar formularios a Project 4031 que puedan ser necesarios en relación con la elegibilidad médica, los servicios solicitados/Sueño y las consideraciones médicas.

Personas autorizadas para usar/divulgar la información: El Representante del Hospicio/Profesional Médico, así como sus representantes autorizados.

Personas autorizadas a recibir esta información: Empleados u otros representantes autorizados de: Project 4031 – 708 May St, Fort Worth, TX 76104, P 817.653.8976, F 817.841.8250, <https://project4031.org>

Propósito para el cual se proporcionará la información usada/divulgada: Para permitir que Project 4031 obtenga:

- A. Evaluaciones con respecto a si el paciente es médicamente elegible para recibir servicios/tiene un Sueño otorgado por Project 4031 y, de ser así, si los servicios/Sueño solicitados son médicamente apropiados;
- B. Así como la información relevante relacionada con el mismo.

Período de vigencia: ésta autorización vence una vez que el paciente haya recibido los servicios, el Sueño haya sido otorgado por parte de Project 4031, o se haya determinado que el paciente no es elegible para los servicios.

Derecho a revocar: entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona/entidad mencionada anteriormente.

He leído éste formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que si la persona/entidad que recibe la información descrita anteriormente no es un proveedor de atención médica/plan de salud cubierto por las normas federales de privacidad, dicha información ya no estará protegida por estas normas y el destinatario podría volver a divulgarla.

Después de enviar la solicitud, como paciente/cuidador autorizado/padre/tutor legal, estoy de acuerdo y confirmo lo establecido anteriormente.

Autorización de Divulgación en Medios

Las historias de los niños y adultos con enfermedades terminales que atendemos y que se cuentan al público, nos permiten recaudar fondos en un esfuerzo por continuar con nuestra misión. Compartir con la comunidad la manera en la que hemos impactado a las personas a través de nuestros programas es vital, ya que nos permite continuar nuestro trabajo fortaleciendo las historias finales de vida. Solicitamos su permiso para compartir de manera ilimitada en los medios de comunicación, usando medios impresos, videos, televisión, radio, medios digitales, Internet y redes sociales. Indique a continuación si da su permiso para que Project 4031 comparta su historia con el público en general. El nombre completo del paciente nunca será revelado.

- Yo, **AUTORIZO** que Project 4031 comparta historias y fotografías en todos los materiales promocionales de Project 4031.
- Yo, **NO AUTORIZO** que Project 4031 comparta historias y fotografías en todos los materiales promocionales de Project 4031.

Acuerdo de Liberación de Responsabilidad

El paciente que firma en la parte inferior, acepta éste Acuerdo de Liberación de Responsabilidad (el "**Acuerdo**") a partir de la fecha que se establece en la parte de abajo. De conformidad con los términos establecidos en este documento, y como contraprestación por el derecho a participar en la **Actividad (como se define a continuación)**. Por medio de la presente, en mi nombre, en el de mis herederos, albaceas, administradores, cesionarios o representantes personales, a sabiendas y voluntariamente acepto éste Acuerdo, y por medio de la presente, renunciar a todos y cada uno de los derechos, reclamos o causas de acción



de cualquier tipo que surjan de mi participación en la Actividad, y por la presente libero y deslindo para siempre a Project 4031 (una corporación sin fines de lucro en Texas con su sede principal de negocios en Fort Worth, Texas) y sus afiliados, gerentes, miembros, directores, empleados, agentes, abogados, personal, voluntarios, representantes, predecesores, sucesores y cesionarios (colectivamente, "Project 4031"), de cualquier reclamo relacionado con la Actividad, incluidos, entre otros, enfermedad, parálisis, muerte, daños, pérdidas económicas o emocionales, que pueda sufrir como resultado directo de mi participación en la Actividad antes mencionada, incluyendo viajar hacia y desde un evento relacionado con esta Actividad.

Reconozco que esta actividad puede implicar una prueba de los límites físicos y mentales de una persona y puede conllevar la posibilidad de muerte, lesiones graves y pérdida de propiedad. Los riesgos pueden incluir, pero no se limitan a, los causados por el terreno, las instalaciones, la temperatura, el clima, la falta de hidratación, el estado de los participantes, el equipo, el tránsito vehicular y las acciones de otros.

Participo voluntariamente en la Actividad antes mencionada y participo en la Actividad bajo mi propio riesgo. Soy consciente de los riesgos asociados con la participación en esta Actividad, que pueden incluir, entre otros, lesiones físicas o psicológicas, dolor, sufrimiento, enfermedad, desfiguración, discapacidad temporal o permanente (incluida la parálisis), pérdida económica o emocional, y muerte. Entiendo que estas lesiones o resultados pueden surgir de mi propia negligencia o la de otros, las condiciones relacionadas con el viaje o la condición de la(s) ubicación(es) de la Actividad. No obstante, asumo todos los riesgos relacionados, tanto conocidos como desconocidos para mí, de mi participación en esta Actividad.

En caso de que necesite atención o tratamiento médico, acepto ser financieramente responsable de cualquier costo incurrido como resultado de dicho tratamiento. Soy consciente y entiendo que debo tener mi propio seguro médico.

Cumpliré, en todo momento mientras participe en la Actividad, con (i) todas las leyes locales, estatales y federales (colectivamente, las "Leyes") y (ii) cualquier regla y reglamento impuesto por el Proyecto 4031 (colectivamente, las "Reglas").

Reconozco que Project 4031 y sus directores, funcionarios, voluntarios, empleados, representantes y agentes no son responsables por errores, omisiones, actos o falta de acción de cualquier parte o entidad que realice un evento o actividad específica en nombre de Project 4031.

En caso de que se presenten reclamos contra Project 4031 como resultado de mis acciones o las acciones de otros que me acompañen a la Actividad, reconozco y acepto ser responsable de todos los costos asociados con cualquier acto intencional, negligente o imprudente. En el caso de que se presente un reclamo contra Project 4031 que surja de actos intencionales, negligentes o imprudentes, acepto indemnizar, defender (con el abogado que elija Project 4031) y eximir de responsabilidad a Project 4031 de cualquier y todos los reclamos, demandas, responsabilidades, daños, pérdidas, costos, multas y gastos de cualquier tipo, incluidos, entre otros, los honorarios razonables de los abogados, ya sea que los reclamos surjan como resultado de daños a la propiedad, lesiones personales, muerte por negligencia u otros. Además, acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a Project 4031 contra cualquier reclamo, juicio, responsabilidad, daño, pérdida, costo, multa y gasto de cualquier tipo, incluidos, entre otros, los honorarios razonables de los abogados, ya sea que los reclamos surjan como resultado de daños a la propiedad, lesiones personales, muerte injusta o presentados por mí o cualquier otra persona en mi nombre, incluidos los honorarios de abogados y cualquier costo relacionado. Además, acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a Project 4031 de mi incumplimiento, ya sea intencional o negligente, de adherirme y cumplir con las Leyes o las Reglas y cualquier reclamo, demanda, daño y similares, incluidos los honorarios de abogados, que pueden surgir de tal falla. Mi intento de cumplir con cualquier Ley o Regla no limitará mis compromisos establecidos en éste Párrafo. Entiendo que mis obligaciones en virtud de éste Párrafo se apegan a la expiración o terminación de éste Acuerdo.

Entiendo que éste Acuerdo es material necesario para participar en la Actividad y reconozco que no se me otorgará la oportunidad de participar en la actividad sin la ejecución de éste Acuerdo.

Reconozco que he leído detenidamente éste Acuerdo y entiendo completamente que se trata de una exención de responsabilidad. Entiendo que se me ha otorgado la oportunidad de que un abogado revise éste Acuerdo, o en su defecto, un abogado ha revisado éste Acuerdo, o conscientemente tomé la decisión de seguir adelante con la ejecución de éste Acuerdo sin consultar a un abogado. Entiendo que al ejecutar éste Acuerdo, estoy expresamente de acuerdo en liberar y deslindar a Project 4031 de todos y cada uno de los reclamos o causas de acción relacionadas con la Actividad, y estoy de acuerdo en renunciar voluntariamente o ceder a cualquier derecho que de algún modo me haga presentar una demanda o acción legal contra Project 4031 relacionado con la Actividad.



Este Acuerdo se ha celebrado en condiciones de igualdad, sin coacción ni coerción, y debe interpretarse como un acuerdo entre dos partes con igual poder de negociación. En consecuencia, la regla normal de construcción en el sentido de que cualquier ambigüedad debe resolverse en contra de la parte redactora no se empleará en la interpretación de éste Acuerdo. Tanto el Paciente como Project 4031 concuerdan que éste Acuerdo es claro e inequívoco en cuanto a sus términos, y que no se han hecho promesas no contenidas en este documento para inducir al Paciente a participar en éste Acuerdo. Este Acuerdo contiene un completo entendimiento entre las partes con respecto al objeto del mismo. Este Acuerdo no puede ser enmendado o modificado excepto por un instrumento escrito ejecutado por las partes.

Este Acuerdo se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Texas sin tener en cuenta las disposiciones sobre conflictos de leyes. Acepto que los tribunales federales y estatales en el CONDADO DE TARRANT, TEXAS tienen jurisdicción exclusiva sobre cualquier disputa que surja de éste Acuerdo.

En caso de que cualquier disposición contenida en éste Acuerdo de Liberación de Responsabilidad se considere separable o inválida, o si se determina que algún término, condición, frase o parte de éste Acuerdo sea determinada por un tribunal de jurisdicción competente, como ilegal o inaplicable, el resto de éste Acuerdo permanecerá en pleno vigor y efecto, siempre que la cláusula separada no afecte la intencionalidad de las partes. Si un tribunal determinara que alguna disposición de éste Acuerdo es inválida o inaplicable, pero que al limitar dicha disposición se volvería válida y exigible, entonces dicha disposición se considerará escrita, interpretada y aplicada como tal limitada.

En caso de emergencia, favor de comunicarse con las siguientes personas en el orden presentado:

Información del contacto de emergencia 1

Nombre(s)

Apellido(s)

Número telefónico

Información del contacto de emergencia 2

Nombre(s)

Apellido(s)

Número telefónico

La "ACTIVIDAD" se refiere a:

Proporcione una descripción de lo que se le solicita.

Por medio de la presente certifico que soy el paciente/cuidador autorizado/padre/tutor legal nombrado en ésta solicitud y doy consentimiento para que yo/el paciente participe en la actividad mencionada anteriormente, sin reserva a lo anterior en mi nombre/en nombre de ésta persona . Confirmando que soy mayor de 18 años, y acepto libremente éste Acuerdo. He leído éste Acuerdo y certifico que entiendo completamente su contenido y que éste no puede ser modificado verbalmente. Estoy consciente que ésta es una exención de responsabilidad y un contrato que acepto por mi propia voluntad.



Al firmar este documento, certifico que toda la información contenida en ésta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que proporcionar información incompleta, engañosa o falsa puede resultar en un retraso o en la negación de los servicios.

Firma ÚNICAMENTE del paciente/cuidador autorizado/padre/tutor legal

Nombre de la persona que firma

Nombre(s)

Apellido(s)

Fecha

Mes

Día

Año

