

---

## Aplicación para Cumplir Sueños

---

Project 4031 otorga últimos Sueños para niños y adultos con enfermedades terminales que tienen una expectativa actual de vida de seis meses o menos. Somos una organización sin fines de lucro 501(c)(3) fundada en Fort Worth, Texas, y SOLAMENTE atendemos a pacientes que viven en el norte de Texas. Hacemos todos lo posible para que los Sueños se hagan realidad para quienes no pueden cumplirlos por sí mismos.

### ¿Quién es elegible para aplicar?

Los niños y adultos con enfermedades terminales con una expectativa de vida de seis meses o menos, que residen en el estado de Texas son elegibles para un último Sueño. Antes de presentar la solicitud, asegúrese de que su solicitud de Sueño sea una opción viable dadas sus condiciones de salud actuales. Piense en varias opciones y tenga preparada una opción alternativa de solicitud de Sueño que no tenga relación alguna con el primer Sueño. Nosotros otorgamos los últimos Sueños, por lo que no es relevante si ha recibido un Sueño/Deseo de otra organización en el pasado. Aunque pedimos esta información, no afectará su solicitud.

### No podemos cumplir con los siguientes Sueños:

- Solicitudes para pacientes FUERA del estado de Texas
- Tratamiento médico/facturas médicas/medicamentos recetados
- Solicitudes póstumas de miembros de la familia (coordinación de viaje para asistir al funeral)
- Mejoras a la propiedad y al hogar
- Automóviles y ascensores
- Reembolsos por Sueños ya realizados
- Dinero en efectivo
- Asistencia legal
- Piscinas en tierra
- Viajes que involucren juegos de azar
- Armas de fuego
- Toda solicitud de Sueño que se considere inapropiada o inconsistente con los valores del Proyecto 4031

### Cómo realizar la solicitud:

Haga clic a continuación para presentar su solicitud en línea con cualquier dispositivo ahora o aplique descargando la aplicación en PDF. La aplicación en PDF debe ser cargada abajo usando nuestro sistema compatible con HIPAA. Todas las solicitudes, formularios y documentos de respaldo deben enviarse o cargarse a través de nuestro portal seguro en línea y no serán aceptados por correo electrónico.

### Formulario de autorización médica

- El representante del hospicio o el profesional médico que hace la referencia debe completar este formulario por separado con una hoja de presentación del hospicio o una carta oficial respectivamente. Haga clic a continuación para enviar su solicitud en línea con cualquier dispositivo ahora o descargue el formulario en PDF. El formulario en PDF y los documentos de respaldo deben cargarse abajo usando nuestro sistema compatible con HIPAA.

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](mailto:info@project4031.org).

Escriba los nombres en la solicitud tal como aparecen en la identificación legal: licencia de conducir, identificación estatal, pasaporte o partida de nacimiento.

**Requisitos:**

- Firma del paciente o cuidador autorizado/padre/tutor legal
- Documentación de respaldo (si corresponde)
  - Copias de la identificación con fotografía de todos los participantes si se solicita transporte aéreo.
- Formulario de autorización médica
  - Este formulario a completarse por separado, está disponible en línea en la página de aplicación y el representante del hospicio o profesional médico que refiere al paciente debe llenarlo. Una vez enviada la aplicación, el representante del hospicio o profesional médico y que figura en la solicitud recibirá un correo electrónico recordándole cómo acceder al formulario en línea.

**Instrucciones para el envío de la aplicación:**

1. Llene completamente esta aplicación.
2. Reúna toda la documentación de respaldo (si corresponde).
3. Escanee la solicitud completa y todos los documentos de respaldo con su teléfono inteligente o escáner.
4. Vaya a [Project4031.org](http://Project4031.org) y vaya a la página de aplicación de Fulfilling Dreams [Cumpliendo Sueños]. Haga clic en el botón "Submit PDF Application Here" [Envíe aplicación PDF aquí].
5. Complete todos los campos requeridos, cargue la aplicación y todos los archivos con la documentación de respaldo y haga clic en "Submit" [Enviar].

**Nombre del paciente**

Primer nombre

Apellido

**Nombre y título/relación de la persona que refiere al paciente para que reciba servicios**

Primer nombre

Apellido

Título/Relación

**Información de contacto de la persona que refiere al paciente para que reciba servicios**

Teléfono

Dirección de correo electrónico

**¿Cómo supo acerca de Project 4031?**

- Representante del hospicio
- Profesional médico
- Agencia comunitaria
- Amigo/Miembro de la familia
- Portal web de Project 4031
- Personal de Project 4031
- Personal en línea/Medios sociales



**Dirección del paciente**

Dirección de la calle

Dirección de la calle 2a línea

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

**Número telefónico principal**

Número de teléfono

**Número telefónico secundario**

Número de teléfono

**Edad**

**Fecha de nacimiento**

Mes

Día

Año

**Género**

Masculino

Femenino

**Etnia**

**Preferencia religiosa**

**¿Le gustaría que le agreguemos a nuestra lista de oración?**

Sí

No

**Veterano militar**

Sí

No

**Si es afirmativo, por favor liste la rama y fechas de servicio.**



**Idioma principal**

- Inglés
- Español
- Otro

Si su idioma principal no es el inglés, por favor facilite la información de un traductor si es posible.

**Nombre del traductor y relación con el paciente**

Primer nombre

Apellido

Relación

**Información de contacto del traductor**

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

**Nombre del pariente o cuidador principal y relación con el paciente**

Primer nombre

Apellido

Relación

**Información de contacto del pariente o cuidador principal**

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

**Dirección del pariente o cuidador principal (si es diferente a la del paciente)**

Dirección de la calle

Dirección de la calle 2a línea

Ciudad

Estado

Código postal

**¿Ha recibido el paciente servicios de Project 4031 en el pasado (financiación para familias o cumplimiento de sueños)?**

- Sí
- No

**Si es afirmativo, por favor describa la solicitud y la fecha que fue concedida.**



**¿Ha recibido el paciente servicios de otra organización?**

- Sí
- No

**Si es afirmativo, por favor nombre a la(s) organización(es), los servicios recibidos y la fecha de finalización.**

**¿Ha enviado/tiene pendiente alguna solicitud con alguna otra agencia/organización sin fines de lucro?**

- Sí
- No

**Si es afirmativo, nombre a la(s) organización(es) y describa la solicitud.**

**¿Alguna vez el paciente ha presentado una solicitud y ha sido rechazado por otra organización?**

- Sí
- No

**Si es afirmativo, por favor nombre la(s) organización(es) y la(s) razón(es) del rechazo.**

---

## Información del Sueño

---

**Por favor explique completamente en que consiste su solicitud de Sueño.**

*Por favor proporcione tantos detalles como sea posible (por qué es importante, plazos/fechas, dónde se necesita más ayuda para cumplir el Sueño, etc.)*



**Por favor proporcione una solicitud alternativa de Sueño.**

*Recuerde que solo se puede conceder un Sueño. Proporcione una solicitud alternativa de Sueño en caso de que no sea posible otorgar la primera solicitud debido a circunstancias fuera de nuestro control.*

**¿Requiere la solicitud de Sueño de viaje o actividad en grupo?**

- Sí
- No

**Si es afirmativo, por favor haga un listado de los participantes. La familia inmediata del paciente (padre, cónyuge, cuidador e hijos menores de 18 que viven en el hogar) pueden participar. Las demás personas pueden participar en el Sueño por su propia cuenta.**

Nombre completo	Edad	Género	Relación con el paciente

**¿Tiene el paciente o alguno de los participantes en el Sueño una tarjeta de crédito para realizar una solicitud de viaje?**

- Sí
- No
- N/A



**¿Tiene el paciente o alguno de los participantes en el Sueño una licencia de conducir válida/ID y seguro de vehículo para realizar una solicitud de viaje?**

- Sí
- No
- N/A

**Por favor haga un listado de las limitaciones físicas y/o requisitos médicos.**

(es decir: silla de ruedas, uso de oxígeno u otra información digna de mención para la solicitud)

*Por favor tome nota: se requiere que presente con esta aplicación completa, copias de la identificación de cada persona que viaja, si corresponde.*

Tras la presentación, como paciente/cuidador autorizado/padre/tutor legal, por la presente certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Si se ha solicitado un viaje de Sueño, entiendo que se requiere una tarjeta de crédito e identificación adecuada.

---

## Autorización Médica

---

**¿Se encuentra el paciente actualmente bajo servicios de hospicio?**

- Sí
- No

Si es afirmativo, proporcione abajo la información de contacto de su representante de hospicio.

Si es negativo, proporcione abajo la información de contacto de su profesional de salud (SOLO Médico, PA, NP o 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 lo mejor que podamos. Su solicitud está incompleta hasta que se presente la Autorización Médica firmada y la documentación de respaldo.

**Nombre y título del representante del hospicio o profesional médico**

Primer nombre

Apellido

Título

**Nombre de la empresa de hospicio u hospital/centro de tratamiento**



**Información de contacto del representante del hospicio o profesional médico**

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Tras la presentación como paciente/cuidador autorizado/padre/tutor legal, por medio de la presente autorizo al representante del hospicio o al profesional médico a proporcionar a Project 4031 la información necesaria para esta solicitud de Cumplir Sueños.

**HIPAA Autorización de Privacidad**

PARA:

**Nombre del representante del hospicio o profesional médico**

Dirección de la empresa de hospicio u hospital/centro de tratamiento

Dirección de la calle

Dirección de la calle 2a línea

Ciudad

Estado

Código postal

REF:

**Nombre del paciente**

Primer nombre

Apellido

**Fecha de nacimiento del paciente**

Mes

Día

Año

Entiendo que la información utilizada o liberada en esta autorización puede ser divulgada 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 puede ser utilizada/liberada:** Autorizo la liberación de mis registros de salud completos, incluidos, pero no limitados a, información sobre facturación, afección, tratamiento y pronóstico, según sea necesario o solicitado por Project 4031 para evaluar:

1. Si el paciente es médicamente elegible para recibir servicios de Project 4031.
2. Si solicita un Sueño, si su solicitud es médicamente adecuada. Además, el representante de hospicio/profesional médico está autorizado a completar, firmar y proporcionar formularios a Project 4031 que pueden ser necesarios en la relación con la elegibilidad médica, los servicios solicitados/ Sueño y consideraciones médicas.





**Personas autorizadas para usar/divulgar la información:** el representante del hospicio/profesional médico, así como sus representantes autorizados.

**Personas autorizadas para recibir esta información:** empleados u otros representantes autorizados de Project 4031 – 708 May St., Fort Worth, TX 76104, Tel 817.653.8976, Fax 817.841.8250, <https://project4031.org>

Propósito para el cual se usará/divulgará la información: 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. e información relevante relacionada con el mismo.

**Período de vigencia:** esta autorización vence una vez que el paciente ha recibido los servicios/el Sueño ha sido otorgado por Project 4031 o se haya determinado que el paciente no es elegible.

**Derecho a revocar:** entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante notificación escrita indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona/ entidad nombrada arriba.

Yo he leído este 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 podría, potencialmente, ser re-divulgado por el destinatario.

Tras la presentación, como paciente/ cuidador autorizado/ padre/ tutor legal, reconozco mi acuerdo y afirmación de lo anterior.

---

## Divulgación a los Medios

---

Las historias de los niños y adultos con enfermedades terminales que servimos y que se cuentan al público, nos permiten recaudar fondos en los esfuerzos para continuar con nuestra misión. Compartir con la comunidad acerca de cómo hemos impactado a las personas a través de nuestros programas es vital, ya que nos permite continuar con nuestro trabajo fortaleciendo las historias del final de la vida. Solicitamos su permiso para compartir con los medios a través de medios impresos, videos, televisión, radio, medio digitales, internet y redes sociales, sin limitación. A continuación, indique si autoriza a Project 4031 para que comparta su historia con el público en general. El nombre completo del paciente nunca será revelado.

- Yo, por medio de la presente **AUTORIZO** a Project 4031 para que comparta historias y fotografías en todos los materiales promocionales de Project 4031.
- Yo, por medio de la presente **NO AUTORIZO** a Project 4031 para que comparta historias y fotografías en ninguno de los materiales promocionales de Project 4031.

---

## Exoneración y Liberación de Responsabilidad

---

El paciente que firma a continuación celebra esta Exoneración y Liberación de Responsabilidad (la “**Exoneración**”) a partir de la fecha establecida a continuación. 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 la presente, por mí mismo, mis herederos, albaceas, administradores, cesionarios o representantes personales, a sabiendas y voluntariamente entro en esta Exoneración y renuncio a todos y cada uno de los derechos, reclamos o causas de acción de cualquier tipo que surja de mi participación en la Actividad, y por la presente libero y descargo para siempre a **Project 4031** (una Corporación sin fines de lucro de 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, incluyendo pero sin limitarse a enfermedad, parálisis, muerte, daños, pérdida



económica o emocional, que pueda sufrir como resultado directo de mi participación en la Actividad antes mencionada, incluido el viaje 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 de 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 hacerme financieramente responsable de cualquier costo incurrido como resultado de dicho tratamiento. Estoy consciente y entiendo que debo tener mi propio seguro de salud.

Cumpliré, en todo momento mientras esté involucrado en la Actividad, con (i) todas las leyes locales, estatales y federales (colectivamente, las "Leyes") y (ii) cualquier regla y regulación impuesta por Project 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 el caso de que se presenten reclamos contra el Proyecto 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 elegido por Project 4031) y eximir de responsabilidad a Project 4031 de todos y cada uno de los reclamos, juicios, responsabilidades, daños, perjuicios, costos, multas y gastos cualesquiera que sean, 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 puedan surgir de tal falla. Mi intento de cumplir con cualquier Ley o Regla no limitará mis compromisos en este párrafo. Entiendo que mis obligaciones en virtud de este párrafo sobrevivirán a la expiración o terminación de esta exoneración.

Entiendo que esta Exoneración es material y necesaria para participar en la Actividad y reconozco que no se me otorgaría la oportunidad de participar en la Actividad sin la ejecución de esta Exoneración.

Reconozco que he leído detenidamente esta Exoneración de responsabilidad y entiendo completamente que es una exoneración de responsabilidad y entiendo completamente que es un descargo de responsabilidad. Entiendo que se me ha otorgado la oportunidad de que un abogado revise esta Exoneración y he hecho que un abogado revise esta Exoneración de responsabilidad o conscientemente tomé la decisión de seguir adelante con la ejecución de esta Exoneración de responsabilidad sin consultar a un abogado. Entiendo que al ejecutar esta Exoneración de responsabilidad, acepto expresamente liberar y eximir a Project 4031 de cualquier reclamo o causa de acción relacionada con la Actividad y acepto renunciar voluntariamente o renunciar a cualquier derecho que de otro modo tenga para presentar una demanda legal contra Project 4031 relacionado con la Actividad.



Esta Exoneración se celebró en condiciones de plena competencia, sin coacción ni coerción y debe interpretarse como una exoneración 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 esta Exoneración. Tanto el Paciente como Project 4031 acuerdan que esta Exoneración es clara e inequívoca en cuanto a sus términos, y que no se han hecho promesas no contenida en este documento para inducir al Paciente a celebrar esta Exoneración. Este comunicado contiene el acuerdo completo entre las partes con respecto al objeto del mismo. Esta Exoneración no puede ser enmendada o modificada excepto por instrumento escrito ejecutado por las partes.

Esta Exoneración 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 esta Exoneración.

En el caso de que cualquier disposición contenida en esta Exoneración de responsabilidad se considere separable o inválida, o si un tribunal de jurisdicción competente determine que cualquier término, condición, frase o parte de esta Exoneración es ilegal o de otro modo inaplicable, el resto de esta Exoneración permanecerá en pleno vigor y efecto, siempre que la cláusula separada no afecte la intención de las partes. Si un tribunal determina que alguna disposición de esta Exoneración 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 limitada.

En caso de emergencia, por favor contacte con la(s) siguiente(s) persona(s) en el orden presentado:

**Información de contacto de emergencia 1**

Primer nombre

Apellido

Número telefónico

**Información de contacto de emergencia 2**

Primer nombre

Apellido

Número telefónico

**La "ACTIVIDAD" significará:**

*Proporcione una descripción de lo que solicita.*

Por medio de la presente certifico que soy el paciente/cuidador autorizado/padre/tutor legal nombrado en esta 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 esta persona. Afirmo que soy mayor de 18 años y estoy libremente aceptando esta Exoneración. He leído esta Exoneración y certifico que entiendo completamente su contenido y que esta Exoneración no puede ser modificada verbalmente. Estoy consciente de que esta es una exoneración de responsabilidad y un contrato que acepto por mi propia voluntad



**Con mi firma en este documento, certifico que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información incompleta, engañosa o falsa puede resultar en un retraso o en la denegación de los servicios.**

**SOLAMENTE la firma del paciente/cuidador autorizado/padre/tutor legal**

**Nombre de la persona que firma**

Primer nombre

Apellido

**Fecha**

Mes

Día

Año

