

Fundación ORION para Personas que Padecen Cáncer

HOJA DE TRABAJO DE SOLICITUD

Una **COPIA** de toda la documentación es **necesaria** para la consideración de financiación. Las solicitudes serán rechazadas si no entrega copias de lo ya mencionado

Proporcionado	Lista de Ingresos – INCLUIR COPIAS	Cantidad
<input type="checkbox"/>	Su salario mensual (Incluir talones de pago o declaración de impuestos)	\$
<input type="checkbox"/>	Salario mensual de su cónyuge/pareja (Incluir talones de pago o declaración de impuestos)	\$
<input type="checkbox"/>	Discapacidad	\$
<input type="checkbox"/>	Seguro Social	\$
<input type="checkbox"/>	Jubilación/Pensión/Beneficio por Muerte	\$
<input type="checkbox"/>	Manutención de Niño / apoyo conyuge	\$
<input type="checkbox"/>	Estampillas Alimenticias	\$
<input type="checkbox"/>	Otros Ingresos- Por favor explique	\$
	Total de Ingreso mensual	\$

	Lista de GASTOS PROMEDIO MENSUALES – INCLUIR COPIAS	Cantidad
<input type="checkbox"/>	Renta o Hipoteca (declaración hipotecaria/contrato de arrendamiento)	\$
<input type="checkbox"/>	Utilidades	\$
<input type="checkbox"/>	Electricidad	\$
<input type="checkbox"/>	Gas	\$
<input type="checkbox"/>	Agua	\$
<input type="checkbox"/>	Basura	\$
<input type="checkbox"/>	Manutención de niños (orden jurídica o talon de pago)	\$
<input type="checkbox"/>	Pago de Vehículo	\$
<input type="checkbox"/>	Seguro de Vehículo	\$
<input type="checkbox"/>	Seguro médico/COBRA/Copagos	\$
<input type="checkbox"/>	Gasolina (un promedio- No se requiere documentación)	\$
<input type="checkbox"/>	Gastos Alimenticios (un promedio- No se requiere documentación)	\$
<input type="checkbox"/>	Deducibles de factura médica/saldo restante adeudado	\$
<input type="checkbox"/>	Otros gastos- Por favor explique	\$

Total-Gastos Promedios Mensuales \$

A continuación, por favor liste individualmente la asistencia financiera solicitada.

1.		\$
2.		\$
3.		\$

Total de Asistencia financiera solicitada \$

Fundación ORION para Personas que Padecen Cáncer

PÁGINA DE FIRMA DE SOLICITUD

Por favor, firme, iniciales, en áreas correspondientes:

Entiendo que completar y aplicar NO garantiza la aprobación de fondos: _____
Iniciales

Entiendo que mi solicitud, para ser considerada para la financiación, debe incluir todos los documentos requeridos: _____
Iniciales

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa: _____
Iniciales

Libero a la Fundación ORION, Nevada Childhood Cancer Foundation, y a todas las subsidiarias relacionadas de todas las responsabilidades o reclamaciones que surjan de la asistencia de los servicios prestados a mí o a mi familia. Autorizo a la Fundación ORION obtener, de las personas, empresas, organizaciones, agencias o entidades enumeradas en esta aplicación, cualquier información necesaria sobre mi caso que pueda ser útil para evaluar mi solicitud.

ESCRIBA NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE O DEL PADRE/TUTOR FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE O DEL PADRE/TUTOR FECHA

¿Cómo se enteró de la Fundación Orion? _____

LOS FONDOS SON APROBADOS Y ADMINISTRADOS POR UN COMITÉ DE DONANTES. SI LAS SOLICITUDES SON NEGADAS, LOS APLICANTES SON LIBRES DE APLICAR DE NUEVO, PERO COMO EN TODOS LOS PROCESOS DE UN INCETIVO, NO SE PROPORCIONAN LAS RAZONES POR LAS CUALES UNA SOLICITUD ES NEGADA. LOS MIEMBROS DEL PERSONAL DE NVCCF NO TIENEN ACCESO A NINGUNA INFORMACION DE SU SOLICITUD. LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERÁN REVISADAS.

SOLAMENTE PARA USO ADMINISTRATIVO DE ORION: Fecha recibida _____

Fecha de revisión _____ Fecha de aprobación o negada: _____ Cantidad Aprobada: _____