



WORLD CRANIOFACIAL FOUNDATION  
Medical City Dallas • 7777 Forest Lane • Suite C-621 • Dallas, Texas 75230  
Mailing Address: P.O. Box 515838 • Dallas, Texas 75251-5838  
Telephone (972) 566-6669 1-800-533-3315

## **APLICACION DE ASISTENCIA (NIÑOS)**

*La misión de la World Craniofacial Foundation es la de brindar ayuda, esperanza, y alivio, para los niños que nacen con malformaciones craneofaciales así como para sus familias. En ciertos casos, la WCF dará ayuda financiera a las familias para asistirlos con gastos relacionados al tratamiento de los pacientes con malformaciones craneofaciales. Estas becas podrán ser utilizadas para cubrir los gastos de alimentación, transporte, y alojamiento relacionados con el tratamiento ( citas de doctores, cirugías, y rehabilitación post-operatoria ), tanto para el paciente como para su acompañante ( familiar o tutor )*

**Si Ud. cree que califica por una beca de la World Craniofacial Foundation, por favor no dude en llenar la aplicación, firme el consentimiento para realizar fotografías, consentimiento de datos médicos (últimas dos páginas), e incluya la siguiente información:**

- 1. Foto reciente del paciente ( la foto no sera devuelta) .**
- 2. Copias de datos médicos e información del paciente.**
- 3. Carta del médico tratante, confirmando fecha de la cita, plan de tratamiento, y días estimados de estadia.**
- 4. Copia reciente de la declaración de impuestos al IRS.**
- 5. Copia reciente de talón de cheque de sueldo.**
- 6. Mande la aplicación completa a:**

**World Craniofacial Foundation  
P.O. Box 515838  
Dallas, Texas 75251-5838.**

Para más información, visite,  
[www.worldcf.org](http://www.worldcf.org)

## INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de aplicación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Aplicación es para asistencia con:  transporte  comida  alojamiento

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_

Nombre de parientes o guardianes:

\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono -Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono - Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email donde podemos comunicar: \_\_\_\_\_

Diagnostico del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del médico del paciente : \_\_\_\_\_

Dirección de consultorio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Teléfono de Doctor: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número total de personas en casa: \_\_\_\_\_

Nombres y edades de niños en casa:

Nombre	Edad	Nombre	Edad
--------	------	--------	------

_____	____	_____	____
-------	------	-------	------

_____	____	_____	____
-------	------	-------	------

_____	____	_____	____
-------	------	-------	------

_____	____	_____	____
-------	------	-------	------

Seguro médico presente de tratamiento médico/quirúrgico incluyendo:

Medicaid  Otro \_\_\_\_\_  Ninguno

Seguro de Grupo de Empleador

Nombre de seguro \_\_\_\_\_

Si seguro de grupo, nombre de grupo de empleador \_\_\_\_\_

## EMPLEO

PADRE: Ocupacion: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Direccion de compania \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_ Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MADRE: Ocupacion \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Direccion de compania \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## SUELDO POR MES

Salario/propinas de padre	\$ _____
Salario/propinas de madre	\$ _____
Salario/propinas de otros miembros de familia	\$ _____
Otros ingresos (por favor detalle)	\$ _____
_____	\$ _____

**SUELDO TOTAL POR MES** \$ \_\_\_\_\_

## GASTOS POR MES

Hipoteca de casa o renta	\$ _____
Automobile - pagos(s):	
Auto 1 Marka/Modelo: _____	\$ _____
Auto 2 Marka/Modelo: _____	\$ _____
Utilidades (electricidad, gas, agua):	\$ _____
Telefono:	\$ _____
Seguros:     automobile	\$ _____
vida	\$ _____
medico	\$ _____
propiedad	\$ _____
Gastos medicos _____	
_____	\$ _____
Cuidado de ninos	\$ _____
Bancos/compania financieras	\$ _____
Trajetas de credito	\$ _____
Otro	\$ _____
<b>GASTOS TOTAL POR MES</b>	\$ _____

**BIENES**

(Valor total de cada uno – ponga no si es necesario)

Dinero en efectivo en banco or otro institucion	\$ _____
Nombre de banco _____	
Numero de cuenta _____	
 Nombre de banco _____	
Numero de cuenta _____	\$ _____
U.S. Savings Bonds	\$ _____
Seguro de Vida (valor en efectivo)	\$ _____
Stock Securities	\$ _____
Otro	\$ _____
Bienes raices (casa)	\$ _____
Bienes raices (otras propiedades)	\$ _____
	\$ _____
Automobile(s)	
_____	\$ _____
Otros bienes _____	\$ _____
<b><u>BIENES TOTALES</u></b>	\$ _____

**OBLIGACIONES - DEUDAS** (detalle cantidad total de cada uno)

Pagos de:	
Banco _____	\$ _____
Compania financiera _____	\$ _____
Automobile(s) _____	\$ _____
_____	\$ _____
Otro _____	\$ _____
 Pagos de cuenta:	
Trajeta de credito _____	\$ _____
Cuentas de credito _____	\$ _____
Otro _____	\$ _____
 Hipoteca (cantidad deudor)	\$ _____
Hipoteca (otras propiedades)	\$ _____
<b><u>DEUDAS TOTALES</u></b>	\$ _____

La declaracion de Bienes y Deudas es hasta este dia \_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_, y es por el uso exclusivo de World Craniofacial Foundation en la evaluacion para asistencia financiera. Yo autorizo World Craniofacial Foundation a revelar y usar la informacion necesario para procesar esta solicitud.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD PARA ASISTENCIA

Por favor describa los gastos que cree que va necesitar para asistencia. Por ejemplo: alimentos, alojamiento, avion, gasoline del auto:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Use el espacio abajo para decribir alguna circunstancia no usual en que quiera que la Fundacion sepa en evaluacion de su solicitud para asistencia finaciera.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ha aplicado a otra organizacion para asistencia?  No  Si

Si ha aplicado, favor the incluir lo siguiente:

Nombre de organizacion: \_\_\_\_\_

Telefono de organizacion: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

**El firmante de esta Solicitud para Asistencia certfica que la informacion is verdad y correcto.**

**Firma:**\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## PERMISO DE FOTOS

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (paciente/pariente o guardian) doy permiso a World Craniofacial Foundation, con respeto a fotografias que se tomaran de mi por medio de los empleados o los empleados de Medical City Dallas, seran propiedad de World Craniofacial Foundation y estan en su posesion.

A) Uso de derecho de autor, bajo su nombre, o otro nombre escogido..

B) Usar, re-usar, publicar, y/o re-publicar el mismo en total o en parte, sea individual o en conjunto con otras fotografias, en cualquier intermedio o proposito, incluyendo pero no limitado, a ilustraciones, promociones, y/o publicidad, y/o comercio.

C) Usar mi nombre en conexion si se necesita.

Yo, por este medio, no responsabilizo a World Craniofacial Foundation de cualquier reclamacion o demanda, el uso de fotografias en conexion o creciente de reclamacion de libelo

Esta autorizacion y permiso sera tambien para el beneficio de los representates legales, licenciados, y asignantes de World Craniofacial Foundation, incluyendo las personas o entidades por qual toma las fotos.

E leido y entiendo el contenido de este permiso.

\_\_\_\_\_  
(Firma de testigo)

\_\_\_\_\_  
(Firma de paciente, o pariente/guardian si menor)

\_\_\_\_\_  
(Relacion de paciente)

\_\_\_\_\_  
(Domicilio)



**WCF CONSENTIMIENTO Y ENTREGA DE INFORMACION**

- 1. Yo autorizo World Craniofacial Foundation  
Direccion: 7777 Forest Lane C621 Dallas TX 75230  
Telefono: 72-566-6669 Fax 972-566-3850

A entregar informacion los archivos medicos de:

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Cubriendo el tratamiento de (mes/año) \_\_\_\_\_ a (mes/año) \_\_\_\_\_

- 2. Informacion que se divulgara:

\_\_\_\_\_ Historia y Physica \_\_\_\_\_ Reporte Medico Completo  
\_\_\_\_\_ Reportes/Cuentas financiera  
\_\_\_\_\_ Reportes Operativos \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

- 3. Entrega de informacion de la oficina: Doctor atendiendo

Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_

- 4. Proposito de revelacion: \_\_\_\_\_

5. Yo entiendo que este documento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en caso que la informacion ya fue diseminada antes de que esta oficina obtenga este documento. Si la recovacion no fue recibida, se considera que es autorizacion valido por un periodo de tiempo no pasando un año.

- 6. Fecha de expiracion de este consentimeinto: \_\_\_\_\_

7. Esta oficina, sus empleados y doctores atendiendo, no sera responsable legales por la divulgacion de informacion al extento indicado y autorizado.

- 8. Entiendo que la informacion divulgada podra contener resultados o referencia de pruebas de HIV o AIDS ( CIDA).

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_