



SPANISH VERSION  
**SOLICITUD DE AYUDA**

(Por favor, llene este formulario de solicitud de ayuda, el formulario de consentimiento, y una nota del médico indicando el diagnóstico. Envíe estos documentos por fax al teléfono 732-358-0542 o por correo electrónico a [info@stompthemonster.org](mailto:info@stompthemonster.org))

\*\*\*\*\*El volumen de solicitudes ha aumentado considerablemente. Por lo tanto, vea más abajo la lista con los nuevos procedimientos vigentes.

- El procesamiento y pago de todas las subvenciones toma unas 3 ó 4 semanas.
- STOMP ayuda solamente a pacientes domiciliados en el Estado de New Jersey y la ciudad de New York.
- Se envía una confirmación una vez que se ha recibido la subvención .
- Para poder procesar todas las solicitudes antes de fin de año, NO se aceptan solicitudes en el mes de diciembre.
- Los pacientes solamente pueden solicitar ayuda mediante un subsidio de STOMP solamente una vez.
- Por favor, una vez lleno el formulario, revíselo y fírmelo.
- Si usted solicita ayuda para cubrir el monto de una cuenta en especial, la cuenta debe también debe ser presentada. De lo contrario, la solicitud no será aprobada.
- Por favor, incluir una nota del médico indicando el diagnóstico.
- STM puede ayudar a pagar, entre otros rubros: gastos relacionados con médicos, medicinas, cuentas de servicios públicos, cuidado de niños, alquiler, alimentos, etc., pero no suministra ayuda para el pago de hipotecas, y tampoco entrega dinero directamente al solicitante.

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

**Datos del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

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

Ciudad o Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Masculino / Femenino (Inscriba un círculo en el que corresponde)

**Información Clínica**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Doctor (Nombre y Apellido): \_\_\_\_\_

Hospital Primario: \_\_\_\_\_



Para que nos sea posible comprender todas sus necesidades, **por favor explique la situación que le lleva a presentar esta solicitud** (Por favor, describa los detalles de su situación de todos los días, por ejemplo: su empleo, su trabajo, sus niños, las circunstancias en que usted se encuentra a diario, la situación con su familia, póliza de seguro):

---

---

---

---

**Áreas en las cuales usted necesita más ayuda** y la cantidad de dinero solicitada. Describa los detalles de sus necesidades con todos sus pormenores en orden de PRIORIDAD: Transporte, recetas de medicinas, servicio médico, servicios públicos, alquiler, cuidados de niños, alimentos, etc.

Si usted necesita pagar una cuenta, presente una copia de dicha cuenta indicando a quién y dónde se debe pagar.

<b>Ayuda Solicitada</b> <i>(Por ejemplo: Cuenta de la electricidad, o el alquiler. Por favor, liste las cuentas en orden de prioridad)</i>	<b>MONTO</b> <i>(Por ejemplo, \$150.00)</i>	<b>Acreedor</b> <i>(Por ejemplo, Compañía PSE&amp;G)</i>	<b>¿Cuenta adjunta?</b> <i>(sí/no)</i>

**Otros recursos o ayuda que usted ha solicitado, o que ha recibido, o que está recibiendo:**

---

---

---

**Información acerca de quien le suministra servicios médicos, servicios del cuidado de la salud, o del (de la) asistente social:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Por favor asegúrese que ha llenado la solicitud por completo y que está acompañada por las cuentas y la nota con el diagnóstico firmada por el médico.**

Somos una organización integrada solamente por voluntarios. Nos apasiona nuestro trabajo. Le agradecemos su constante apoyo.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

El firmante, de nombre \_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a quien de aquí en adelante en este documento figura como  
"yo" o "mi", por la presente doy mi consentimiento a lo siguiente:

1. Stomp The Monster <sup>TM</sup> tiene permiso explícito de mi parte de utilizar mi situación y/o mi imagen (sin usar mi nombre completo). Yo doy por entendido que es posible que mi situación y/o mi imagen puede ser usada con el propósito de coleccionar fondos para obras de caridad. El uso mencionado incluye la publicación en un *website* que auspicia una función o evento de caridad, y/o en comunicados de prensa, artículos, noticias, y cualquier otro medio. Este derecho al uso de mi situación y/o mi imagen incluye su uso en toda y cualquier parte del mundo y en perpetuidad, para siempre, siempre y cuando sea solamente para el uso mencionado en este documento y no de ninguna otra manera o en otras circunstancias.

\_\_\_\_\_  
Firma

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

2. En el caso que Stomp The Monster <sup>TM</sup> me otorgue un a subvención, yo certifico, prometo y ratifico que tal subvención será utilizada para la finalidad conque fue otorgada y para ningún otro propósito. Yo doy por entendido que esta promesa es una condición básica para que se me otorgue la subvención.

\_\_\_\_\_  
Firma

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