

WBC FONDO DE BOXEADORES "JOSE SULAIMÁN" SOLICITUD DE APOYO ECONÓMICO

INFORMACIÓN PERSONAL:

Apellidos: _____ Nombre(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ E-mail (en caso de tener): _____

¿ALGUNA OTRA PERSONA AYUDO AL SOLICITANTE A LLENAR ESTE FORMULARIO? Si así fue, por favor escriba sus datos

Apellidos: _____ Nombre(s): _____

Teléfono: _____ E-mail (en caso de tener): _____

¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL SOLICITANTE Y LA PERSONA QUE LO AYUDO A LLENAR EL FORMULARIO? Haz un círculo en la mejor respuesta:

1) Familiar 2) Amigo 3) Representante 4) Personal Profesional -

Doctor/Abogado/Contador, etc. 5) Otro (provea relación)

¿CUÁL ES EL ORIGEN DE TUS DIFICULTADES Y NECESIDADES FINANCIERAS? Haz un círculo en las respuestas que se apliquen a tu caso

1) Incapacitado - *Condición médica /diagnosis?* _____ *¿Desde Cuándo?* _____

2) Enfermo - *Condición médica/diagnosis* _____ *¿Desde Cuándo?* _____

3) Desempleado, no puede encontrar trabajo - *¿Desde Cuándo?* _____

4) Ingresos Insuficientes - *Ingreso Mensual?* _____ *Gastos Mensuales* _____

5) Beneficios de desempleo son insuficientes - *¿Cuándo expiran tus beneficios por desempleo?* _____

6) Abandono por cónyuge / hijos/familia - *¿Desde Cuándo?* _____

7) Vive con familiares, genera gastos para la familia - *¿Desde Cuándo?* _____

8) No puede pagar la hipoteca de su casa, está cerca de ser desalojado - *¿Día del Desalojo?* _____

9) Sin hogar - *¿Desde Cuándo?* _____ *¿Vive en refugio o en las calles?* _____

10) Fraude del Gobierno - Explica: _____

Otras razones -

Explica: _____

HAZ UN CIRCULO EN EL TIPO DE ASISTENCIA REQUERIDA: (Por favor incluye toda la documentación disponible que justifiquen y demuestren tus gastos. Ejemplos de asistencia solicitada puede incluir, pero no se limita a los ejemplos listados abajo.)

1) Hipoteca/ Pago de Renta ¿Hipoteca/renta mensual? _____

2) Utilidades (gas, electricidad, agua, etc.) ¿Cuánto debe? _____

3) Facturas Médicas ¿Cuánto debe? _____

4) Co-pago por servicios médicos? ¿Cupanto debe? _____

5) Prescripciones médicas ¿Cuánto debe? _____

6) Evaluación Médica y dental ¿Costo estimado? _____

7) Cuidado Dental ¿Costo estimado? _____

8) Reparaciones de Auto ¿Costo estimado? _____

9) Cuidadores ¿Horas necesitadas por día? _____

10) Perro de Servicio, compañía Cuestiones médicas patrocinado? _____

CANTIDAD TOTAL SOLICITADA _____

NOTA: Para que tu solicitud sea evaluada, deberás agregar los siguientes documentos junto con el formulario debidamente completado. Si no provees los documentos requeridos, tu solicitud podrá ser rechazada. Por favor ten en cuenta que la ayuda es proveída basada no solamente en necesidad, pero también en un evento o crisis que califique como base a dicha ayuda.

*Es la responsabilidad del solicitante proveer copias de los documentos requeridos y ocultar números de seguro social o números de cuenta que quiera mantener confidencial.

POR FAVOR PROVEE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

_____ Copia de licencia de manejo u otra credencial de identificación avalada por el gobierno del solicitante.

_____ Copia del talón de pago más reciente del solicitante

_____ Copia de cheque u otra documentación de asistencia por parte del Gobierno.

- ____ Estado de cuenta bancario más reciente (si está disponible)
- ____ Comprobante de ingresos de su cónyuge o pareja de hecho (si es aplicable)

DEPENDIENDO DEL TIPO DE ASISTENCIA SOLICITADA, INCLUYE LO SIGUIENTE:

Pago de Hipoteca o renta

- ____ Copia del contrato de arrendamiento o cupón de hipoteca con el nombre del solicitante
- ____ Copia del aviso de delincuencia de pago o de desalojo con el nombre del solicitante.
- ____ Carta o declaración de la compañía hipotecaria donde se indique la deuda; avisos de clausura y desalojo, también son aceptados.
- ____ Forma IRS W-9 del dueño del inmueble o de la compañía hipotecaria.

Utilidades (por ejemplo: agua, gas, electricidad, y servicio de basura)

- ____ Copia de la factura de utilidad que incluya el nombre del solicitante
- ____ Copia del aviso por morosidad/desconexión/terminación, debe incluir el nombre del Solicitante en el anuncio emitido por la compañía proveedora.

Enfermedad o lesión médica

- ____ Carta por parte del Dr. Explicando la condición médica
- ____ Prueba de ausencia laboral por causas médicas
- ____ Gastos médicos en recibos con el nombre del solicitante
- ____ Explicar beneficios recibidos por parte de compañía de seguros (si existe)
- ____ Copia del recibo de gastos en seguros médicos

Otros (por favor describe tu situación): _____

Preguntas Adicionales: Selecciona con un círculo.

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--------------------------|
| 1) ¿Tienes Ingresos mensuales fijos? | SI | NO | Si, ¿Qué cantidad? _____ |
| 2) ¿Recibes alguna pensión mensual, o por retiro? | SI | NO | Si, ¿Qué cantidad? _____ |
| 3) ¿Recibes algún apoyo por parte del Gobierno? | SI | NO | Si, ¿Qué cantidad? _____ |
| 4) ¿Conoces el estimado de tu deuda total? | SI | NO | Si, ¿Qué cantidad? _____ |
| 5) ¿Vives con cónyuge/pareja de hecho? | SI | NO | |
| 6) ¿Alguien depende de ti? | SI | NO | Si, ¿Cuántas personas? |
| _____ Edad/es? _____ | | | |
| 7) ¿Has recibido dinero por parte del WBC
O por parte de cualquier boxeador afiliado
En los últimos 36 meses? | SI | NO | Si, ¿Cuándo? _____ |
| Cantidad _____ | | | |

8) ¿Tienes necesidades especiales
encargado? _____

SI NO Si, ¿Quién es tu

Al firmar, bajo pena de perjurio, declaro, saber y entender, que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta. Autorizo a NEVADA COMUNIDAD FUNDATION en nombre del WBC JOSE SULAIMAN BOXERS FUND, a revelar información confidencial y / o financiera para el administrador de terceros en lo que respecta a esta solicitud. Voluntariamente permito que se revele cualquier información de salud protegida que el administrador requiera para el procesamiento de esta solicitud. Entiendo el proceso de criterios, elegibilidad y aplicación del WBC JOSE SULAIMAN BOXERS FUND.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Jane Ramos – jane.ramos@nevadacf.org
Dir. De Operaciones
Nevada Community Foundation