



**FUNDACION DE ESPOSAS DE ROTARIOS PRO NIÑOS CON
IMPEDIMENTOS**

SOLICITUD DE AYUDA

Favor de completar todas las partes de esta solicitud y firmar. De tener alguna duda, favor de comunicarse al (787) 763-5214.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre:..... Edad:

Fecha de nacimiento:..... Seguro Social:

Dirección residencial.....
.....
.....

Dirección postal.....
.....

Teléfono residencial..... otros.....

Diagnóstico.....

Equipo que solicita

CANTIDAD QUE PUEDE APORTAR A LA COMPRA DE SU EQUIPO \$.....

Nombre de otra institución donde haya pedido ayuda

Nombre del Padre o Tutor Legal Edad.....

Nombre de la Madre o Tutor Legal Edad

INGRESO DEL HOGAR POR CONCEPTO DE:

Salario \$ Seguro Social \$..... PAN \$..... PAE \$.....

ASUME \$ Otros (Indique)

GRUPO FAMILIAR

Provea la siguiente información del grupo familiar (que viven en el hogar)

Nombre	Edad	Parentesco Paciente	# Seg. Social	A qué se dedica
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

NOTA:

Es necesario que envíe todos los documentos requeridos en su solicitud. **DE NO RECIBIRSE COMPLETA NO SE PODRA TRAMITAR SU SOLICITUD DE AYUDA.**

Requisitos:

- () Copia de certificado de nacimiento
- () Foto de cuerpo entero de niño(a)
- () Receta médica o de la terapeuta donde se indique diagnóstico y las especificaciones del equipo solicitado
- () Tres (3) cotizaciones de compañías suplidoras del equipo solicitado
- () Evidencia de ingresos

Por la presente certifico que la información aquí provista es correcta. Autorizo a FERNI a proveer esta información a las agencias auspiciadoras y organizaciones colaboradoras.

.....
Firma del Padre o Encargado

.....
Fecha

**PMB 483
89 Ave. De Diego Suite 105
San Juan, PR 00927-6346
Tel. (787) 763-5214 Fax (787) 758-9732**