

Solicitud para participar del Programa de Ahorro Universitario Elinore Nudelman

Complete este formulario para solicitar el Plan de Ahorro Universitario Elinore Nudelman.

A través de este programa se promueve el futuro educativo de menores cuyos padres o tutores tienen un diagnóstico de ELA. Asegúrese de que todas las secciones se completen con precisión antes de enviar la solicitud.

Sección 1: padre o tutor legal con diagnóstico de ELA

**Nombre completo del padre, madre o tutor
legal con diagnóstico de ELA:**

Primer
nombre: _____

Segundo
nombre: _____

Apellido: _____

Información de contacto:

Correo
electrónico: _____

Número de
teléfono: _____

Domicilio particular: (No se aceptan apartados postales).

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código
postal: _____

Fecha de nacimiento
(MM/DD/AAAA): _____

Relación con el menor: _____

¿El padre, madre o tutor se ha registrado en ALS Northwest y ha recibido servicios de dicha organización?

___ Sí

___ No

Sección 2: información del padre, madre o tutor legal**Nombre completo del padre, madre o tutor legal:****Información de contacto:**

Primer nombre: _____

Correo electrónico: _____

Segundo nombre: _____

Número de teléfono: _____

Apellido: _____

Domicilio particular: (No se aceptan apartados postales para un domicilio particular).

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Relación con el menor: _____

Sección 3: información del menor beneficiario**Nombre completo del menor:****Fecha de nacimiento y educación:**

Primer nombre: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Segundo nombre: _____

Año de graduación de la escuela secundaria (AAAA): _____

Apellido: _____

Nivel escolar: _____

Domicilio particular actual: (Completar si es diferente del anterior; no se aceptan apartados postales).

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Sección 4: condiciones para participar del programa

1. ¿El niño y el padre o tutor con ELA viven actualmente en Oregón o en el suroeste de Washington?

(Condados de Clark, Skamania, Klickitat, Wahkiakum, Cowlitz o Pacific).

___ Sí

___ No

2. ¿El niño es ciudadano o residente de los Estados Unidos y tiene un número de Seguridad Social o identificación fiscal?

___ Sí

___ No

Sección 5: reconocimiento y firma

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, completa y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa puede dar lugar a la denegación de esta solicitud o la revocación futura de los fondos otorgados.

Firma del solicitante (padre/tutor): _____

Fecha (MMM/DD/AAAA): _____

Instrucciones de envío

Revise su solicitud para asegurarse de que todas las secciones se hayan completado con precisión. Envíe el formulario completo junto con los documentos de respaldo necesarios a:

ALS Northwest

825 NE Multnomah St., Suite 940

Portland, OR 97232

Teléfono: 503-238-5559, ext. 100

Fax: 503-296-5590

Correo electrónico: CareServices@alsnorthwest.org

Las aprobaciones no están garantizadas, ya que se otorgarán en función de los fondos disponibles.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con su solicitud, póngase en contacto con nosotros a

CareServices@alsnorthwest.org o al (503) 238-5559.