

# Solicitud de Programa de Asistencia Financiera de ALS

**Período de financiación: 1 de febrero de 2025 al 31 de julio de 2025**

**Plazo de solicitud: 1 de julio de 2025**

*Las aprobaciones de subvenciones se basan en los fondos disponibles y no están garantizadas.*

**Por favor no incluya recibos con su solicitud.**

## **Información de aplicante:**

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

\*Nota: Domicilio de Oregón o del sudoeste de Washington (no se aceptará el apartado de correos).

Domicilio real (no apartado de correos): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Domicilio postal (si es distinto al domicilio real): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica de ELA: \_\_\_\_\_ o Nombre del neurólogo: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## **Información del cuidador principal:**

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

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

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

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



# Solicitud de Programa de Asistencia Financiera de ALS

**Período de financiación: 1 de febrero de 2025 al 31 de julio de 2025**

**Plazo de solicitud: 1 de julio de 2025**

*Las aprobaciones de subvenciones se basan en los fondos disponibles y no están garantizadas.*

***Por favor no incluya recibos con su solicitud.***

**Firme esta solicitud y escriba la fecha**

Envíela por correo, fax o correo electrónico a la oficina de la División 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](mailto:CareServices@alsnorthwest.org)

La información que di es verdadera, es correcta y está completa. Leí el documento del Programa de Asistencia Financiera de ALS y acepto cumplir todos los requisitos según se indican. Entiendo que la aprobación de todas las subvenciones dependerá de los fondos disponibles y que, una vez que se apruebe la solicitud, tendré acceso a los fondos de subvención durante el período de financiamiento.

\_\_\_\_\_  
Solicitante (nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de aplicante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo, el abajo firmante, firmo en nombre del solicitante, con su consentimiento explícito y en reconocimiento de su incapacidad física para firmar este formulario.

\_\_\_\_\_  
Apoderado del Solicitante (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Proxy del solicitante (firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con la solicitante

*Las políticas y los procedimientos están sujetos a cambios.*

