

Solicitud de Programa de Asistencia Financiera de ALS

Período de financiación: 1 de febrero de 2026 al 31 de julio de 2026

Plazo de solicitud: 1 de julio de 2026

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 2026 al 31 de julio de 2026

Plazo de solicitud: 1 de julio de 2026

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

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.

