



NHF Colorado Solicitud Del Programa De Asistencia Financiera

Por favor, revise las reglas del Programa de Asistencia Financiera del NHF Colorado y la póliza antes de presentar su solicitud.

He leído y entendido las reglas y la póliza para obtener ayuda del Programa de Asistencia Financiera.

Ponga su inicial aquí:_____

Al completar esta solicitud será registrado automáticamente a la NHF Colorado y su información será agregada a la base de datos. Si no le quisiera ser incluido en la base de datos, por favor ponga su inicial aquí:_____

Complete la siguiente información con un tipo de letra o color diferente si está llenando esta solicitud electrónicamente.

Información Básica

Fecha:

Nombre y apellido del solicitante: (o información del padre del niño con desorden sanguíneo)

Domicilio: (Calle, Ciudad, Estado y C. P.)

Numero de teléfono:

Cuántas personas viven en su hogar:

Ingresos: (semanales, mensuales o anuales)

Cuántas personas reciben ingresos en su hogar:

Tipo de seguro médico:

1536 Wynkoop St. Box 26, Denver, CO, 80202 * (720) 336-0156 * info@cohemo.org





Donde trabaja:

Estado civil:

Nombre del esposo(a):

El esposo(a) ¿Trabaja? ¿Dónde?

El solicitante es:

- Persona con desorden sanguíneo
- Padre del menor con desorden sanguíneo
- Otra: por favor describa _____

Tipo de desorden sanguíneo:

Solicitud de Asistencia Financiera

Describe por que necesita la asistencia financiera:

Describe como esta ayuda le puede ayudar a resolver su necesidad:

Por favor mencione alguna otra asistencia financiera requerida para sus necesidades actuales, fecha y los resultados de cada solicitud.

Monto solicitado: (un máximo de \$500):

El NHF Colorado solamente puede proporcionar un máximo de \$500 dólares por persona/familia anualmente.

1536 Wynkoop St. Box 26, Denver, CO, 80202 * (720) 336-0156 * info@cohemo.org





¿Para cuándo necesita los fondos?

¿Alguna vez ha solicitado ayuda financiera el NHF Colorado anteriormente? Si es así, por favor proporcione el mes y el año.

El NHF Colorado no puede proveer los fondos directamente a los individuos, pero si es aprobado, el NHF Colorado pagará las cuentas directamente. Por favor, indique la información del pago de su cuenta a continuación e incluya su pago de factura con la información del contacto si es posible. Para mas información, favor de revisar las reglas y pólizas del Programa de Asistencia Financiera.

Solicitud de pago de cuenta #1

Nombre de la compañía o establecimiento:

Numero de cuenta:

Domicilio:

Teléfono:

Página de Internet:

Solicitud de pago de cuenta #2

Nombre de la compañía o establecimiento:

Numero de cuenta:

Domicilio:

1536 Wynkoop St. Box 26, Denver, CO, 80202 * (720) 336-0156 * info@cohem.org





Teléfono:

Página de Internet:

Solicitud de pago de cuenta #3

Nombre de la compañía o establecimiento:

Numero de cuenta:

Domicilio:

Teléfono:

Página de Internet:

Yo, _____ declaro que la información que he presentado es correcta y verdadera. En caso de que haya algún aumento de ingresos mensuales de mas de un 10% de lo que aparece en esta solicitud, lo notificaré al NHF Colorado en menos de 30 días.

Firma: _____

Favor de enviar vía email a info@cohemo.org o vía servicio postal a:

NHF Colorado
1536 Wynkoop Street Box 26
Denver, CO 80202

1536 Wynkoop St. Box 26, Denver, CO, 80202 * (720) 336-0156 * info@cohemo.org

