



COMO SOLICITAR UN DESEO

Para ayudar a que se haga realidad su deseo, necesitamos algunos datos para empezar. Siga los siguientes pasos:

- Paso 1: Escriba en un párrafo su Deseo
- Paso 2: Complete la Forma requerida.
- Paso 3: Que su médico o proveedor de su salud, complete la declaración de su salud.
- Paso 4: Incluya una foto de Usted.

Usando la forma que se adjuntan, nosotros vamos a verificar si reúne los requisitos y lo llamaremos si tenemos alguna pregunta.

Cuando Usted complete los cuatro pasos, envíenos la aplicación completa a:

An Elderly Wish Foundation

"Making Wishes Come True"

P.O. Box 4365, Antioch, CA 94531-4365

Telephone (925) 978-1883

FAX (925) 978-1884

SOLICITUD DE SU DESEO POR CARTA O FAX:

Como parte de su Deseo que presentó, quisieramos que nos envíe una nota personal, escrita por Usted o por un familiar cercano, describiendo su Deseo. Porque necesita ésta ayuda y porqué significa mucho para Usted. Nosotros queremos que nos diga: **PORQUE** este Deseo tiene tanto significado para Usted y **COMO** este Deseo va a darle Consuelo y Satisfacción de haberlo logrado.

Su Carta o Fax deberá:

- Referirse a la enfermedad que padece
- Describir claramente porqué es tan especial su Deseo
- Si su Deseo incluye viaje aéreo, díganos el aeropuerto de salida y fechas de viaje.

Desafortunadamente, existen algunos tipos de Deseos que no podremos darle:

- Solicitar dinero en efectivo, automoviles, o propiedad;
- Solicitar viajes al exterior o Visas.
- Solicitar el pago de tratamientos médicos o asistencia legal.



An Elderly Wish Foundation - Forma para Solicitar su Deseo

Nombre del Solicitante _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (____) _____

Email _____

Edad (60 o más) _____ DOB Fecha de Nacimiento _____

Referido por _____

Yo autorizo a la Fundación Deseos de Mayores – An Elderly Wish Foundation – que contacte a mi Doctor para verificar mi problema medico/enfermedad en referencia a mi Deseo.

Firma _____ Fecha _____

Familiar cercano/Contacto _____

Parentesco _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Telefonó (____) _____

Email



Spanish

DECLARACION DE ELIGIBILIDAD DE SU DOCTOR

Yo certifico que soy el Doctor Primario o Medico de Cuidado de la persona que aplica a esta organizacion. Yo doy permiso a que pueda concederse a esta persona su deseo, por el Consejo de Directores de la Fundación Deseos de Mayores. Yo entiendo que para ser elegible para un Deseo, la persona debera estar diagnosticada por una enfermedad que amenaza su vida.

Nombre del Beneficiario _____

Diagnóstico _____

Necesitará oxygen para viajar en avion? SI / NO

Nombre del Doctor o proveedor de salud.: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (____) _____

Email _____

Firma _____ Fecha _____

English

PHYSICIAN'S STATEMENT OF ELIGIBILITY

I certify that I am the wish Recipient's Primary Physician or Medical Care. I give permission for a wish to be granted to the individual named below, by the Board of Directors of An Elderly Wish Foundation. I understand that to be eligible for a wish the recipient must have been diagnosed with a life threatening disease.

Recipient's Name _____

Diagnosis _____

Is oxygen required for air travel? YES / NO

Physician or Medical Care Provider's Name: _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Phone (___) _____

Email _____

Signature _____ Date _____