

# WBC FONDO DE BOXEADORES "JOSE SULAIMÁN" SOLICITUD DE APOYO ECONÓMICO

## INFORMACIÓN PERSONAL:

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail (en caso de tener): \_\_\_\_\_

## ¿ALGUNA OTRA PERSONA AYUDO AL SOLICITANTE A LLENAR ESTE FORMULARIO? Si así fue, por favor escriba sus datos

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail (en caso de tener): \_\_\_\_\_

## ¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL SOLICITANTE Y LA PERSONA QUE LO AYUDO A LLENAR EL FORMULARIO? Haz un círculo en la mejor respuesta:

1) Familiar 2) Amigo 3) Representante 4) Personal Profesional -

Doctor/Abogado/Contador, etc. 5) Otro (provea relación)

---

## ¿CUÁL ES EL ORIGEN DE TUS DIFICULTADES Y NECESIDADES FINANCIERAS? Haz un círculo en las respuestas que se apliquen a tu caso

1) Incapacitado - Condición médica /diagnosis? \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuándo? \_\_\_\_\_

2) Enfermo - Condición médica/diagnosis \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuándo? \_\_\_\_\_

3) Desempleado, no puede encontrar trabajo - ¿Desde Cuándo? \_\_\_\_\_

4) Ingresos Insuficientes - Ingreso Mensual? \_\_\_\_\_ Gastos Mensuales \_\_\_\_\_

5) Beneficios de desempleo son insuficientes - ¿Cuándo expiran tus beneficios por desempleo? \_\_\_\_\_

6) Abandono por cónyuge / hijos/familia - ¿Desde Cuándo? \_\_\_\_\_

7) Vive con familiares, genera gastos para la familia - ¿Desde Cuándo? \_\_\_\_\_

8) No puede pagar la hipoteca de su casa, está cerca de ser desalojado - ¿Día del Desalojo? \_\_\_\_\_

9) Sin hogar - ¿Desde Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Vive en refugio o en las calles? \_\_\_\_\_

10) Fraude del Gobierno - *Explica:* \_\_\_\_\_

Otras razones -

*Explica:* \_\_\_\_\_

**HAZ UN CIRCULO EN EL TIPO DE ASISTENCIA REQUERIDA:** (Por favor incluye toda la documentación disponible que justifiquen y demuestren tus gastos. Ejemplos de asistencia solicitada puede incluir, pero no se limita a los ejemplos listados abajo.)

1) Hipoteca/ Pago de Renta                      ¿Hipoteca/renta mensual? \_\_\_\_\_

2) Utilidades (gas, electricidad, agua, etc.) ¿Cuánto debe? \_\_\_\_\_

3) Facturas Médicas                              ¿Cuánto debe? \_\_\_\_\_

4) Co-pago por servicios médicos? ¿Cupanto debe? \_\_\_\_\_

5) Prescripciones médicas                      ¿Cuánto debe? \_\_\_\_\_

6) Evaluación Médica y dental                ¿Costo estimado? \_\_\_\_\_

7) Cuidado Dental                                ¿Costo estimado? \_\_\_\_\_

8) Reparaciones de Auto                        ¿Costo estimado? \_\_\_\_\_

9) Cuidadores                                    ¿Horas necesitadas por día? \_\_\_\_\_

10) Perro de Servicio, compañía Cuestiones médicas patrocinado? \_\_\_\_\_

**CANTIDAD TOTAL SOLICITADA** \_\_\_\_\_

**NOTA: Para que tu solicitud sea evaluada, deberás agregar los siguientes documentos junto con el formulario debidamente completado. Si no provees los documentos requeridos, tu solicitud podrá ser rechazada. Por favor ten en cuenta que la ayuda es proveída basada no solamente en necesidad, pero también en un evento o crisis que califique como base a dicha ayuda.**

\*Es la responsabilidad del solicitante proveer copias de los documentos requeridos y ocultar números de seguro social o números de cuenta que quiera mantener confidencial.

**POR FAVOR PROVEE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**

\_\_\_\_\_ Copia de licencia de manejo u otra credencial de identificación avalada por el gobierno del solicitante.

\_\_\_\_\_ Copia del talón de pago más reciente del solicitante

\_\_\_\_\_ Copia de cheque u otra documentación de asistencia por parte del Gobierno.

- \_\_\_\_\_ Estado de cuenta bancario más reciente (si está disponible)
- \_\_\_\_\_ Comprobante de ingresos de su cónyuge o pareja de hecho (si es aplicable)

**DEPENDIENDO DEL TIPO DE ASISTENCIA SOLICITADA, INCLUYE LO SIGUIENTE:**

**Pago de Hipoteca o renta**

- \_\_\_\_\_ Copia del contrato de arrendamiento o cupón de hipoteca con el nombre del solicitante
- \_\_\_\_\_ Copia del aviso de delinuencia de pago o de desalojo con el nombre del solicitante.
- \_\_\_\_\_ Carta o declaración de la compañía hipotecaria donde se indique la deuda; avisos de clausura y desalojo, también son aceptados.
- \_\_\_\_\_ Forma IRS W-9 del dueño del inmueble o de la compañía hipotecaria.

**Utilidades** (por ejemplo: agua, gas, electricidad, y servicio de basura)

- \_\_\_\_\_ Copia de la factura de utilidad que incluya el nombre del solicitante
- \_\_\_\_\_ Copia del aviso por morosidad/desconexión/terminación, debe incluir el nombre del Solicitante en el anuncio emitido por la compañía proveedora.

**Enfermedad o lesión médica**

- \_\_\_\_\_ Carta por parte del Dr. Explicando la condición médica
- \_\_\_\_\_ Prueba de ausencia laboral por causas médicas
- \_\_\_\_\_ Gastos médicos en recibos con el nombre del solicitante
- \_\_\_\_\_ Explicar beneficios recibidos por parte de compañía de seguros (si existe)
- \_\_\_\_\_ Copia del recibo de gastos en seguros médicos

**Otros** (por favor describe tu situación): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Preguntas Adicionales: Selecciona con un círculo.**

- |   |    |    |                          |
|---|----|----|--------------------------|
| 1) ¿Tienes Ingresos mensuales fijos?  | SI | NO | Si, ¿Qué cantidad? _____ |
| 2) ¿Recibes alguna pensión mensual, o por retiro?   | SI | NO | Si, ¿Qué cantidad? _____ |
| 3) ¿Recibes algún apoyo por parte del Gobierno?   | SI | NO | Si, ¿Qué cantidad? _____ |
| 4) ¿Conoces el estimado de tu deuda total?  | SI | NO | Si, ¿Qué cantidad? _____ |
| 5) ¿Vives con cónyuge/pareja de hecho?  | SI | NO |                          |
| 6) ¿Alguien depende de ti?  | SI | NO | Si, ¿Cuántas personas?   |
| _____ Edad/es? _____  |    |    |                          |
| 7) ¿Has recibido dinero por parte del WBC<br>O por parte de cualquier boxeador afiliado<br>En los últimos 36 meses? | SI | NO | Si, ¿Cuándo? _____       |
| Cantidad _____  |    |    |                          |

8) ¿Tienes necesidades especiales  
encargado? \_\_\_\_\_

SI NO Si, ¿Quién es tu

**Al firmar, bajo pena de perjurio, declaro, saber y entender, que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta. Autorizo a NEVADA COMUNIDAD FOUNDATION en nombre del WBC JOSE SULAIMAN BOXERS FUND, a revelar información confidencial y / o financiera para el administrador de terceros en lo que respecta a esta solicitud. Voluntariamente permito que se revele cualquier información de salud protegida que el administrador requiera para el procesamiento de esta solicitud. Entiendo el proceso de criterios, elegibilidad y aplicación del WBC JOSE SULAIMAN BOXERS FUND.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

---

Jane Ramos – [jane.ramos@nevadacf.org](mailto:jane.ramos@nevadacf.org)  
Dir. De Operaciones  
Nevada Community Foundation