



WBC FONDO DE BOXEADORES “JOSÉ SULAIMAN DE APOYO ECONÓMICO”



INFORMACIÓN PERSONAL:

Apellidos: _____ . Nombre(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

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

Apellidos: _____ . Nombre(s): _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL SOLICITANTE Y LA PERSONA QUE LO AYUDÓ 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 / diagnóstico? _____ ¿Desde cuándo? _____

2) Enfermo - Condición médica / diagnóstico? _____ ¿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 CÍRCULO EN EL TIPO DE ASISTENCIA REQUERIDA: (Por favor incluye toda la documentación disponible que justifique 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 ¿Cuánto debe?: _____
- 5) Prescripciones médicas ¿Cuánto debe?: _____
- 6) Evaluación médica y dental ¿Cuánto debe?: _____
- 7) Ciudadado Dental ¿Costo estimado?: _____
- 8) Reparaciones de Auto ¿Costo estimado?: _____
- 9) Ciudadadores ¿Horas necesitadas por día?: _____
- 10) Perro de Servicio, compañía ¿Cuestiones médicas patrocinado?: _____

CANTIDAD 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).

DEPENDIENTO 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 del delinquencia 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 (ejemplo: agua, gas electricidad y servicio de basura, etc.).**

- 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 medica.
- Pruebas 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 recibido de gastos en seguros médicos.

☐ **OTROS (por favor describe tu situación):**

Preguntas Adicionales: Selecciona con un círculo.

- 1) ¿Tienes ingresos mensuales fijos? SI____ NO____ ¿Qué Cantidad?_____
- 2) ¿Recibes alguna pensión mensual, o por retiro? SI____ NO____ ¿Qué Cantidad?_____
- 3) ¿Recibes algún apoyo por parte del Gobierno? SI____ NO____ ¿Qué Cantidad?_____
- 4) ¿Conoces el estimado de tu deuda total? SI____ NO____ ¿Qué Cantidad?_____
- 5) ¿Vives con cónyuge / pareja de hecho? SI____ NO____ ¿Qué Cantidad?_____
- 6) ¿Alguien depende de ti? SI____ NO____ ¿Cuántas personas?_____

Edades: _____

- 7) ¿Has recibido dinero por parte del WBC o por parte de cualquier boxeador afiliado en los últimos 36 meses? SI____ NO____ ¿Qué Cantidad?_____
- 8) ¿Tienes necesidades especiales? SI____ NO____ ¿Quién es tu encargado?_____

Al firmar, bajo pena de perjurio, declaro saber y entender, que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta. Autorizo a NEVADA COMMUNITY 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:** _____

Diana Rodríguez – diana.rodriguez@nevadacf.org
Donor Services Manager
Nevada Community Foundation.