

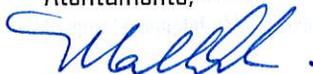
Estimados Padres:

Adjunto los blancos de la Fundación Gogui, necesarios para completar la solicitud de ayuda. En adición, necesito me envíen los siguientes documentos, que complementan la solicitud:

- Identificación con foto vigente de ambos padres. (licencia de conducir, pasaporte, tarjeta electoral)
- Certificación de empleo de ambos padres. (puede ser el talonario de cobro)
- Otros ingresos de la familia. (Ayuda del gobierno: PAN, desempleo etc.)
- Certificación de ASUME.
- Copia del Certificado de nacimiento del paciente.
- Copia de dos (2) cuentas de utilidad de la casa donde residen. (AEE, AAA, Teléfono, etc.)
- Carta del médico certificando la condición del paciente. Si no tiene una certificación del médico, es necesario que el pediatra o médico de cabecera del paciente le haga una, en papel timbrado de dicho médico.
- Cotización del equipo médico o medicamento para el cual solicitan la ayuda. Este tiene que estar en papel timbrado de la compañía que proveerá dicho equipo. Enviar todas las cotizaciones que tengan. Tiene que haber por lo menos dos (2). **IMPORTANTE QUE UNA DE LAS COTIZACIONES DEL EQUIPO MÉDICO SEA DE AXISCARE. (787-251-2322)**
- Confirmación de otras entidades, que aportarán ayuda económica para el equipo que solicitan.
- Si desean, pueden enviar una foto del paciente. (esto es voluntario)
- Cualquier otro documento que nos ayude a evaluar la solicitud.

Su solicitud será evaluada solamente cuando recibamos todos los documentos aquí requeridos. De tener alguna duda favor de comunicarse conmigo.

Atentamente,



MARIA A. DUBON



Ave. Ponce de León #255, Suite 1400, MCS Plaza, Hato Rey, Puerto Rico 00917 - (787) 758-5959 madubon@dubongroup.com

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: _____ El Paciente vive con: Ambos Padres _____; Mamá _____; Papá _____; Otros (explique): _____
Dirección Residencial: _____ Pueblo: _____ Código Postal: _____
Profesional de la salud que refiere al paciente: _____ Teléfono: _____
Como supieron de la Fundación Gogui, Inc.: _____
Ayuda solicitada: _____
A que otras entidades le han solicitado ayuda: _____

Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____
Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____ Sueldo: _____
Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____
Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____ Sueldo: _____

Otros Ingresos: Pensión Alimentaria: \$ _____ Seguro Social: \$ _____ Asistencia Nutricional (PAN): \$ _____ Otros: \$ _____
¿Recibe seguro por desempleo? SI o NO Cantidad que recibe por desempleo: \$ _____ Desde cuando recibe desempleo? _____

Nombre del Plan Médico: _____ Nombre del Asegurado Principal: _____
Número de Contrato: _____ Patrono para quien trabaja el Asegurado Principal: _____

Información de la familia que vive con el paciente:

Nombre	Edad	Sexo	Ocupación	Parentesco
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				
6. _____				

Actualmente, cuentan con alguna cuenta de ahorros en algún banco y/o cooperativa ("Pro-Fondos") a beneficio del paciente? _____
De haber tal cuenta: Nombre de la cuenta: _____ Balance en la cuenta: \$ _____
Nombre del banco: _____ Número de la cuenta: _____

Residencia donde vive el paciente, con sus padres y/o encargados es:

Propia: _____ Alquilada: _____ De algún familiar: _____ Vivienda Pública: _____ ¿Pago Mensual de hipoteca, renta u otro? _____

Por la presente autorizamos a cualquier médico, hospital, clínica o a cualquier otra persona o entidad, en cuyo poder se encuentren los expedientes, "records", resultados, exámenes, análisis o estudios a que haya sido sometido nuestro mencionado hijo, para que permitan a FUNDACIÓN GOGUI, INC. o a sus agentes, representantes o empleados autorizados, examinarlos y obtener o sacar copia de los mismos. Liberamos a FUNDACIÓN GOGUI, INC. de toda responsabilidad por cualquier daño que nuestro mencionado hijo pueda sufrir en la cirugía y/o tratamiento, que le vayan a realizar, de ese ser el caso.

Certifico, por este medio, que la información aquí suministrada es a mi mejor entender, correcta y verídica. Entiendo que nuestra solicitud está sujeta a verificación y evaluación de la FUNDACIÓN GOGUI, INC. y/o sus agentes, representantes o empleados autorizados.

En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 20 _____

Firma de la Madre o encargado

Firma del Padre o encargado