



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 porque 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, diganos 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 _____

Di rección -----

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 _____

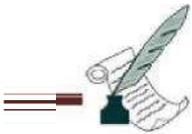
Parentesco _____

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. Entiendo que para ser elegible para un deseo el receptor debe tener 50 años o más y haber sido diagnosticado con una enfermedad grave o crónica.

Nombre del Beneficiario _____

Diagnóstico _____

Necesitará oxygen para viajar en avion? SI / NO

Nombre del Doctor o preveedor 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 _____