



Light of Lea County Grant Application Aplicación de Beca

"Where there is Light, there is Hope"

First Name/Primer Nombre:	Last name/Apellido:	Age/Edad:
Date of Birth/Fecha de Nacimiento:	Address/Dirección:	
Male/Hombre Female/Mujer	City/Ciudad:	State/Estado:
	P.O. Box:	Zip Code/Código Postal:
Home Tel No./Número Telefónico de Casa:		Mobile No./Número Celular:
E-mail/Correo Electrónico:		
If a minor, what is the name of parent/legal guardian? ¿Si es menor de edad cual es el nombre del pariente o guardián legal?		
Current diagnosis/ Diagnostico Actual:		
Physicians Name/ Nombre del Doctor:		
Hospital or Facility/Hospital o Facilidad:	Location/Localidad:	
	Telephone No./Número de Teléfono:	
Has the patient had an LOLC Grant before? Ha recibido antes una beca de LOLC?	If yes, give details/Si a recibido de detalles:	
Yes/Si No/No Don't Know/No Se		
GRANT TYPE/CLASE DE BECA		
Check all that apply. Marque todo lo que aplique.		
<input type="checkbox"/> Gasoline/Gasolina (Frequency of Treatment/La frecuencia del tratamiento) _____		
<input type="checkbox"/> Utility Bills/Biles de Utilidades: One time assistance, not for maintenance. You must provide a copy of the bill(s). Esta asistencia es de una vez, no de mantenimiento. De una copia de su bil (es).		
<input type="checkbox"/> Groceries/ Mandado. Once a month. Una vez al mes.		
<input type="checkbox"/> Lodging/Hospedaje Location/Localidad: _____		

I confirm that the information above is complete & true, to the best of my knowledge.

Yo confirmo que la información proporcionada es completa y verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

Print Name/Nombre del Apicante:	Signature/Firma	Date/Fecha:
---------------------------------	-----------------	-------------

<p>LIGHT OF LEA COUNTY ONLY</p> <p>GAS CARDS _____ X _____ = \$ _____.</p> <p>GROCERIES _____ X _____ = \$ _____.</p> <p>UTILITY BILLS _____.</p> <p>_____.</p>	<p>DATE APPROVED: _____.</p> <p><input type="checkbox"/> General Fund</p> <p><input type="checkbox"/> Breast Cancer Fund</p> <p><input type="checkbox"/> Designated Fund _____.</p>
--	---



LIGHT of Lea County Physician Privacy Release Form Forma de Autorización para Información del Doctor

First Name/Primer Nombre	Last Name/Apellido	Age/ Edad
Date of Birth/Fecha de Nacimiento	Address /Dirección	
Male/Hombre Female/Mujer	City/Ciudad	Zip/Código Postal
State/Estado		
Current Diagnosis: Diagnósis		
Physician Name/Nombre de Doctor		
Status of Treatment/Estado de Tratamiento	Active/Activo Follow Up/Cita de Seguimiento (Please Circle One/ Por Favor Identifique Una)	
Stage of Cancer/ Etapa del Cancer I II III IV V <i>(please circle One)</i>		
Hospital/Hospital	Department you will be utilizing while in the hospital/ Departamento que sera utilizado en el hospital	
Tel No. / Numero de teléfono:		

Type of Treatment (Please Circle All That Apply)
Tipo de Tratamiento (Identifique lo que aplique)

Chemotherapy/Quimioterapia Radiation Treatment/ Radiación Surgery/Operación	
Other:/Otro _____	
Location of Treatment: Localización de Tratamiento	List other locations: Liste otras localizaciones

Patient Signature to release medical information to Light of Lea County/Firma de Paciente autorizando información medica a Light of Lea County

I/the Child's Parent(s)/or Legal Guardian authorize Light of Lea County® to obtain all medical information about the applicant which Light of Lea County may feel necessary for consideration or fulfilment of the grant. I/the Child Parent(s)/Legal Guardian authorize the applicant's physician and medical care providers to provide Light of Lea County with all medical information regarding the applicant of this form.

Yo/Pariente del menor o Guardian Legal autorizo a Light of Lea County a obtener toda la información medica necesaria para el aplicante de la cual Light of Lea County siente necesario para considerar o para el cumplimiento de la solicitud de la beca. Yo/Pariente del menor o Guardián Legal autorizo que el doctor del aplicante y proveedores de cuidado médico proveen a Light of Lea County toda la información médica del aplicante de esta forma.

Patient/Legal Guardian Name: Paciente/Legal Guardián Nombre	Signature: /Firma	Date/ Fecha
--	-------------------	-------------

Physician Name: Nombre de Doctor	Signature:/Firma	Date:/Fecha
----------------------------------	------------------	-------------

LIGHT of Lea County
P.O. BOX 5035
Hobbs NM
88241 - 5035