



Nuestra misión es aliviar la carga de las familias y los niños que experimentan enfermedades crónicas y los ingresos hospitalarios largos o repetidos ayudando con las finanzas del hogar, los costos de transporte o los gastos funerarios. Creemos que la forma más fácil de ser valiente es luchar juntos y nuestra misión es ayudar a empoderar a cada familia para que sea su propio héroe.

**SOLICITUD DE ASISTENCIA**

NOMBRE DEL NIÑO

SSN \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ GÉNERO \_\_\_\_\_

Diagnóstico

FECHA DE DIAGNOSIS \_\_\_\_\_ Médico

HOSPITAL DONDE SE RECIBE TRATAMIENTO

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

ETNIA: (PREFIERO NO RESPONDER A ESTA PREGUNTA \_\_\_\_\_ )

ASIÁTICO/PACÍFICO

Afroamericano ISLANDER

Caucásico Hispana NATIVE AMERICAN Otro

NOMBRE DEL PADRE O GUARDIANO LEGAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PERSONA QUE LLENA ESTA SOLICITUD SI NO ES PADRE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL TELÉFONO

CELULAR DEL TELÉFONO POSTAL DEL ESTADO DE LA CIUDAD

INGRESOS ANUALES DE HOGAR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(\*Esta información se utiliza únicamente para fines internos, nunca se compartirá con una fuente externa y no afecta su capacidad para calificar para nuestros servicios.)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

Fecha

---

*\*AL FIRMAR ESTA SOLICITUD USTED ESTÁ ATESTIGUANDO QUE ESTA INFORMACIÓN ES FIEL A LO MEJOR DE SU CONOCIMIENTO. USTED LE DA PERMISO A "SER SU PROPIA FUNDACIÓN DE HÉROES, INC (BRAVE LIKE WYATT)" PARA VERIFICAR ESTA INFORMACIÓN Y OTRA INFORMACIÓN MÉDICA CON RESPECTO A SU HIJO CON SU EQUIPO MÉDICO. FINALMENTE, AL FIRMAR ESTO USTED ESTÁ DANDO PERMISO PARA QUE LA FUNDACIÓN SEA SU PROPIO HÉROE PARA COMPARTIR PÚBLICAMENTE EL NOMBRE Y EL DIAGNÓSTICO DE SU HIJO CON EL PROPÓSITO DE ADQUIRIR FONDOS ADICIONALES DE DONANTES PARA AYUDAR A MÁS FAMILIAS. NO COMPARTIREMOS IMÁGENES DE SU HIJO SIN PERMISO ADICIONAL*

**NOMBRE DEL NIÑO**

**PROGRAMA SOLICITADO:**

(POR FAVOR, CONSULTE EL PROGRAMA QUE ESTÁ SOLICITANDO Y CONSULTE LA EXPLICACION DE PROGRAMAS) **\*\*TENGA EN CUENTA QUE EL SOLO REQUISITO PARA CALIFICAR PARA PROGRAMAS ES QUE SU HIJO DEBE SER INPATINENTE\*\***

- ASISTENCIA FINANCIERA PARA FACTURAS DE LOS HOGARES HASTA \$500**

**CANTIDAD SOLICITADA**  
**USO PREVISTO DE ESTA GRANT**

---

---

---

---

*\*POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE LA FACTURA QUE INCLUYE DONDE DEBEMOS REMITIR EL PAGO. PAGAMOS LA FACTURA DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR.*

- ASISTENCIA DE TRANSPORTE**

**\$250 EN TARJETAS DE REGALO DE GAS SE ENVIARÁN POR CORREO A LA DIRECCIÓN PROPORCIONADA**

- ASISTENCIA A LOS COMESTIBLES**

**ENTREGA SEMANAL DE COMESTIBLES A SU CASA: POR FAVOR PROPORCIONE LA MEJOR INFORMACIÓN DE CONTACTO (CORREO ELECTRÓNICO, NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR, ETC.) PARA QUE PODAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON USTED PARA PROPORCIONARLE INFORMACIÓN DE PEDIDOS**

---

- BENEFICIO DE DUELO**

**\$500 PARA SERVICIOS FUNERALES. PROPORCIONE EL NOMBRE DE LA FUNERARIA Y EL NÚMERO DE CONTACTO**

---

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Fecha

---

SER SU PROPIA FUNDACIÓN HERO, INC (BRAVE COMO WYATT)  
5359 RABBIT FARM RD, LOGANVILLE, GA. 30052

[WWW.BRAVELIKEWYATT.COM](http://WWW.BRAVELIKEWYATT.COM)

CORREO ELECTRÓNICO: [JESSICALHATCHER@YAHOO.COM](mailto:JESSICALHATCHER@YAHOO.COM) PHONE: 770-864-1355