



Tenga en cuenta que nuestra aplicación ha cambiado. Nuestra aplicación ahora es un documento PDF editable, que le permite proporcionar sus respuestas y enviar su aplicación electrónicamente.

Todas las firmas requeridas (medicas y familiares) serán captadas en la página 8. Las instrucciones para agregar su firma digital se encuentran en la parte superior de la página. Alternativamente, esta página puede ser impresa, firmada y escaneada. Una vez escaneada, la página deberá enviarse por correo electrónico junto con la solicitud y los archivos adjuntos a applications@mbaopensdoors.org

Si tiene preguntas, no dude en contactarnos por teléfono, llame al (202) 557-2929 o por correo electrónico escribanos a: info@mbaopensdoors.org

Gracias.



Fundación MBA Opens DoorsSM

Aplicación de Asistencia para Subsidio de Alquiler

La Fundación MBA Opens Doors brinda asistencia a los propietarios de viviendas que tienen niños con enfermedades críticas y/o crónicas o con lesiones de gravedad, a través de su programa de subsidios para vivienda. La asistencia consiste de un pago hipotecario o un pago de alquiler a nombre de la familia. El programa de asistencia de subsidios tiene como objetivo facilitar a que los padres y/o tutores pasen más tiempo al lado del niño durante su tratamiento.

Lista De Aplicación (Llene a todas las secciones completamente. Por favor escriba claramente.)

- 1. Información Personal (Página 3)
- 2. Información Médica: Firmada por el Proveedor de Atención Médica/Trabajador Social (Página 4 & 5)
- 3. Empleo/Ingresos e Información de Impacto Financiero (Página 5)
- 4. Información de Alquiler (Página 6)
- 5. Información de pago de subsidio (Página 6 & 7)
- 6. Firmas (Página 8)

La Fundación MBA Opens Doors no espera reembolso de los subsidios. Sin Embargo, siendo una organización benéfica 501©(3), la fundación MBA Opens Doors depende del apoyo generoso de corporaciones, organizaciones e individuos para sostener sus programas de generación de subsidios. Las contribuciones son 100% deducibles de impuestos de acuerdo con la ley y pueden ser hechas en línea en la siguiente página web: www.mbaopensdoors.org. Las contribuciones también pueden ser enviadas por correo a la siguiente dirección:

MBA Opens Doors Foundation, 1919 M Street, NW, 5th Floor, Washington, DC 20036.

¡Gracias!

Maneras de Enviar la Aplicación

Solicitudes recibidas hasta el 15 de cada mes serán procesadas para recibir donaciones el 1° del mes siguiente.

En Línea

Llene la solicitud por completo, escanéela con la documentación adicional requerida y envíela por correo electrónico como un archivo adjunto a:
applications@mbaopensdoors.org.

Fax

Llene la solicitud por completo y envíela por fax con la documentación adicional requerida a: (855) 450-3639

Nota: Utilice sólo el número de fax que aparece arriba.

Correo

Llene la solicitud y envíela por correo con la documentación adicional requerida a:

MBA Opens Doors Foundation

1919 M Street NW, 5th Floor
Washington, DC 20036

Para Preguntas

Llame al (202) 557-2929 o por correo electrónico escribanos a: info@mbaopensdoors.org

1. Información Personal (REQUERIDO)(favor de escribir claramente)

Fecha de Aplicación

Nombre del Niño del Solicitante

Fecha de Nacimiento del Niño

A. Padre/Tutor 1

Marque Uno: Padre(s) Abuelo(s) Tutor(es) Legal Ordenado por el Tribunal de Custodia

¿Es usted el contacto principal? Si No

¿Servicio militar activo o retirado? Si No

Nombre del padre/tutor

Nombres y edades de otros niños que viven en su domicilio

Dirección del domicilio

Ciudad/Condado

Estado

Código postal

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Teléfono del trabajo padre/tutor

Correo electrónico

Marque una o más casillas que mejor describan al padre/tutor 1: Blanco(a) Hispano/Latino/Origen español Asiático(a)

Negro(a)/Africana americano(a) India Americano(a)/nativo(a) de Alaska Origen del Oriente Medio/Norafricano(a)

Nativo(a) de Hawái/Otro(a) de las islas del Pacífico Alguna otra raza/etnicidad/origen

B. Padre/Tutor 2

Marque Uno: Padre(s) Abuelo(s) Tutor(es) Legal Ordenado por el Tribunal de Custodia

¿Es usted el contacto principal? Si No

¿Servicio militar activo o retirado? Si No

Nombre del padre/tutor

Nombres y edades de los otros niños que viven en el hogar permanente

Dirección del domicilio

Ciudad/Condado

Estado

Código postal

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Teléfono del trabajo padre/tutor

Correo electrónico

Marque una o más casillas que mejor describan al padre/tutor 1: Blanco(a) Hispano/Latino/Origen español Asiático(a)

Negro(a)/Africana americano(a) India Americano(a)/nativo(a) de Alaska Origen del Oriente Medio/Norafricano(a)

Nativo(a) de Hawái/Otro(a) de las islas del Pacífico Alguna otra raza/etnicidad/origen

E. Cuidado profesional de Asistencia Médica Domiciliaria

Fecha	Proveedor de Servicios de Asistencia Médica Domiciliaria
Fecha	Proveedor de Servicios de Asistencia Médica Domiciliaria
Fecha	Proveedor de Servicios de Asistencia Médica Domiciliaria

3. Empleo/Ingresos e Información de Impacto Financiero (REQUERIDO)

A. Padre/Tutor 1

Nombre del Empleador (si es aplicable)	Teléfono		
Dirección de Trabajo	Ciudad	Estado	Código Postal

¿Esta el padre/Tutor actualmente en licencia/Vacaciones no remuneradas? Si No

En este caso, fecha de inicio de la licencia/Vacaciones: _____

Ingreso total anual del Padre/Tutor 1 (antes de impuestos) (REQUERIDO)

- < \$10,000/anuales \$10,001 - \$19,999/anuales \$20,000 - \$39,999/anuales \$40,000 - 59,999/anuales
 \$60,000 - \$79,999/anuales \$80,000 - \$99,999/anuales > \$100,000/anuales

¿Han disminuido sus ingresos como resultado de la enfermedad y las hospitalizaciones? Si No

Por favor explique a continuación en la Sección C: Trabajo e impacto financiero.

B. Padre/Tutor 2

Nombre del Empleador (si es aplicable)	Teléfono		
Dirección de Trabajo	Ciudad	Estado	Código Postal

¿Esta el padre/Tutor actualmente en licencia/Vacaciones no remuneradas? Si No

En este caso, fecha de inicio de la licencia/Vacaciones: _____

Ingreso total anual del Padre/Tutor 2 (antes de impuestos) (REQUERIDO)

- < \$10,000/anuales \$10,001 - \$19,999/anuales \$20,000 - \$39,999/anuales \$40,000 - 59,999/anuales
 \$60,000 - \$79,999/anuales \$80,000 - \$99,999/anuales > \$100,000/anuales

¿Han disminuido sus ingresos como resultado de la enfermedad y las hospitalizaciones? Si No

Por favor explique a continuación en la Sección C: Trabajo e impacto financiero.

C. Trabajo e Impacto Financiero: Por favor, describa la pérdida de ingresos, debido al tiempo fuera de su trabajo en el que no recibió sueldo o la disminución de las horas de trabajo, como resultado de la hospitalización de su hijo. También describa los detalles de los gastos adicionales incurridos (kilometraje, comidas, estacionamiento, gasolina, alojamiento) y los pagos de seguro médico de su bolsillo. Por favor, proporcione detalles de dificultades financieras. Continúe en una hoja separada si es necesario.

Número de cuenta

Número de ruta bancaria

Tipo de cuenta (Cuenta de ahorros o cuenta corriente)

YOUR NAME
1234 Main Street
Anywhere, OH 00000

DATE _____ 123

PAY TO THE ORDER OF _____ \$ _____

_____ DOLLARS

⑆044072324⑆ ⑆000123456789⑆ ⑆123⑆

ROUTING NUMBER ACCOUNT NUMBER CHECK NUMBER

A. Pago por cheque. Si el depósito directo no es posible, se puede enviar el cheque. Por favor, haga el cheque pagable a:

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Si Usted prefiere que envíe el pago directamente al propietario/el administrador de la propiedad en la dirección indicada arriba, haga el cheque pagable a: _____

6. Firmas (REQUERIDO)

Para firmar digitalmente, haga clic en el cuadro y seleccione “A new digital ID I want to create now”; entonces haga clic en **Next**. Seleccione “Windows Certificate Store”; haga clic en **Next**. Llene su nombre y dirección de correo electrónico y haga clic en **Finish**. Aparecerá un cuadro con su firma digital – haga clic en **Sign**.

Equipo Médico - Firmas

Certifico que la información médica proporcionada en esta solicitud es correcta y estoy autorizado por el Proveedor de Familia y Cuidado de Salud para presentar esta solicitud.

*Firma

Fecha

Pago del Subsidio – Firma(s) – PARA SER FIRMADO POR EL GARANTE

Por la presente, certifico/certificamos que la información de alquiler proporcionada en la página 6 es verdadera y completa.

Padre/ Tutor 1 Firma

Nombre en letra clara/legible

Fecha

Padre/Tutor 2 Firma

Nombre en letra clara/legible

Fecha

Familia – Firma (s) – PARA SER FIRMADO POR EL GARANTE

Por favor marque las opciones que le apliquen y firme:

He leído y comprendido las instrucciones generales. Afirmo que esta información es correcta y veraz a lo mejor de mi capacidad. Autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo a discutir la información médica de mi hijo pertinente a este caso con los representantes de la Fundación MBA Opens Doors. Entiendo que el subsidio es a discreción de la Fundación Opens Doors y que su junta directiva puede ajustar las pautas para subsidios futuros a su discreción.

Solo se revisaran las solicitudes completas que proporcionen todos los documentos adjuntos y que tengan documentación de respaldo. Las solicitudes deben cumplir con todos los criterios. Las solicitudes incompletas pueden volver a ser presentadas una vez se completen y serán consideradas para el próximo ciclo de otorgamiento de subsidios.

Por la presente otorgo permiso a la Fundación MBA Opens Doors y Mortgage Bankers Association de la siguiente manera:

- A. Doy consentimiento a la Fundación MBA Opens Doors de utilizar la historia de mi familia, sin restricciones a todos los medios de comunicación. Este consentimiento aplica para el nombre y foto de mi hijo, mi nombre y foto, así como para la historia sobre la enfermedad y el tratamiento de mi hijo, con el fin de promover la misión de la Fundación MBA Opens Doors y solicitar fondos para apoyar los programas de subsidios.**
- B. Utilice nuestra historia, sin embargo, mantenga a mi familia en anonimato.**
- C. No utilice nuestra historia.**

Entiendo que ni mi hijo ni yo recibiremos ninguna compensación como resultado del uso de nuestra información y fotos, como se describe en este documento. Renuncio a cualquier derecho de privacidad y/o aprobación de los materiales en los que se pueden utilizar nuestro nombre y/o semejanzas.

Permiso para contactar al establecimiento de salud referido

Padre/Tutor 1 Firma

Nombre en letra clara/legible

Fecha

Padre/Tutor 2 Firma

Nombre en letra clara/legible

Fecha

FOR MBA OPENS DOORS FOUNDATION USE ONLY

MODF # _____

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

DISPOSITION

A _____

D1 _____

D2 _____

Other
