



Fundación MBA Opens DoorsSM

Aplicación de Asistencia de Subvención de Renta

La Fundación MBA Opens Doors proporciona asistencia con el pago de alquiler a familias con niños con enfermedades críticas y/o crónicas o con lesiones de gravedad, pagando un mes de alquiler a nombre de la familia, permitiendo que los padres pasen tiempo con sus hijos. Las donaciones se hacen para proporcionar el reembolso de pagos de alquiler anteriores.

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

- 1. Información Personal** (Página 2)
- 2. Información Médica:** Firmada por el Proveedor de Atención Médica/Trabajador Social (Página 3)
- 3. Empleo/Ingresos e Información de Impacto Financiero** (Página 4)
- 4. Información de Pago de Alquiler:** Incluya el comprobante de pago de renta del mes anterior y un cheque cancelado o una carta del representante del propietario (ver #7 en la Guía). (Página 5)
- 5. Firmas** (Página 6)

La Fundación MBA Opens Doors no espera ser reembolsada. Sin embargo, si usted sabe de otras personas que pudieran tener interés en apoyar la fundación, favor de dirigirlos a **mbaopensdoors.org** y pídeles que contribuyan.

¡Gracias!

Presentación de la Solicitud

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

Solo solicitudes completas que incluyan documentos adjuntos serán evaluadas. La solicitud debe cumplir con todos los criterios. Solicitudes incompletas pueden ser sometidas nuevamente y ser consideradas para el próximo ciclo, de concesión de subvención.

En Línea

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

Pasa Preguntas

Llame (202) 557-2929 o correo electrónico por **information@opensdoorsfoundation.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 Una: Padre(s) Abuelo(s) Tutor(es) Legal Ordenado por el Tribunal de Custodia

Es usted el contacto principal? Sí No

Servicio militar activo o retirado? Sí No

Nombre del padre/tutor

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

Domicilio

Ciudad

Condado

Estado

Código postal

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Teléfono del trabajo padre/tutor

Dirección de correo electrónico

B. PADRE/TUTOR 2

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

Es usted el contacto principal? Sí No

Servicio militar activo o retirado? Sí No

Nombre del padre/tutor

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

Domicilio

Ciudad

Condado

Estado

Código postal

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Teléfono del trabajo padre/tutor

Dirección de correo electrónico

C. A solicitado anteriormente asistencia de La Fundación MBA Opens Doors? Sí No

Si su respuesta es si, incluya la fecha de su aplicación previa? _____

Recibió un pago de subvención del programa de vivienda? Mortgage Grant Assistance Rental Grant Assistance

Si su aplicación previa fue deferida, cuál fue la razón? _____

Si su aplicación previa fue negada, cuál fue la razón? _____

2. Información Médica (FIRMA DEL MÉDICO REQUERIDA)

A. El niño ha tenido una combinación de atención hospitalaria y atención en el hogar a tiempo completo? Si No

B. Situación médica del niño: Por favor, describa la enfermedad de su hijo y el diagnóstico o el tipo de lesión, la duración de la hospitalización, número de cirugías y otra información que usted considere pertinente. Un trabajador social o médico debe firmar esta solicitud afirmando que esta es la situación médica y la información hospitalaria. Continúe en una hoja aparte si es necesario.

C. Hospitalizaciones

Fecha	Hospital
Fecha	Hospital
Fecha	Hospital
Fecha	Hospital

D. Cuidado en el hogar

Fecha	Proveedor de Servicios de Cuidado en el Hogar
Fecha	Proveedor de Servicios de Cuidado en el Hogar
Fecha	Proveedor de Servicios de Cuidado en el Hogar
Fecha	Proveedor de Servicios de Cuidado en el Hogar

Este Espacio Debe ser Completado por el Proveedor de Salud/Trabajador Social

Nombre del Proveedor de Salud/Trabajador Social	Empresa		
Teléfono	Correo electrónico		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

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

Firma	Fecha
-------	-------

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

A. PADRE/TUTOR 1

Nombre del Empleador _____ Teléfono _____

Dirección de Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Es el padre/tutor 1 actualmente en licencia/vacación no remunerada?

Si No **Fecha de inicio de la licencia/vacación:** _____

Ingreso Bruto Mensual del Padre/Tutor 1 (antes de impuestos)

Antes de la enfermedad / hospitalización: \$ _____

Durante/Después de la enfermedad/hospitalización: \$ _____

A. PADRE/TUTOR 2

Nombre del Empleador _____ Teléfono _____

Dirección de Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Es el padre/tutor 2 actualmente en licencia/vacación no remunerada?

Si No **fecha de inicio de la licencia/vacación:** _____

Ingreso Bruto Mensual del Padre/Tutor 2 (antes de impuestos)

Antes de la enfermedad / hospitalización: \$ _____

Durante/Después de la enfermedad/hospitalización: \$ _____

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 disminución de las horas de trabajo como consecuencia 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 hechos por usted. Proporcione detalles de dificultades financieras.

4. Información de Pago de Alquiler (REQUERIDO)

En esta aplicación, por favor incluya una copia de su contrato de renta, una copia de declaración de pago de la renta más reciente que refleje la dirección de la propiedad y el monto de pago de renta mensual, también incluya un cheque cancelado y/o estado de cuenta reflejando el pago.

La concesión del pago máximo de subvención de alquiler es de \$2,500 únicamente por la residencia principal.

A. Información del Propietario/Administrador de la Propiedad

Nombre del propietario o el administrador de la propiedad _____

Dirección de pago _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Información de contacto, si hay alguno _____

Teléfono del arrendado _____

Pago de alquiler Número de Cuenta _____

Monto del pago mensual: \$ _____ Para el mes de _____ (fecha)

B. Información del Inquilino

Nombre de la persona bajo cual está el contrato de alquiler _____

Número de seguro social de la persona en el contrato de alquiler _____

Nombre de la persona bajo cual esta contrato de alquiler _____

Número de seguro social de la persona en el contrato de alquiler _____

C. ¿Está usted al corriente en sus pagos de alquiler? Sí No

(Nota: Si los pagos de alquiler no han sido actualizadas en el día 10 de cada mes, su solicitud será rechazada)

D. ¿Están los pagos de alquiler retirados automáticamente de su cuenta? Sí No

(Ver prueba de requerimiento de pago de alquiler.)

Si su respuesta es sí, en qué fecha fueron los fondos retirados de su cuenta para el pago? _____

E. Proporcione una copia de recibo de utilidades más reciente que refleje su nombre y dirección.

F. Está usted recibiendo otro tipo de asistencia financiera para su alquiler o de otro tipo? Sí No

(En caso afirmativo, el solicitante reconoce que él/ella/ellos son responsables de verificar el efecto, si es que hay uno, de una donación de pago de renta en la elegibilidad para la continuación de asistencia gubernamental.)

5. Firmas (REQUERIDO)

Por favor, marque donde corresponda y firme:

He leído y comprendido las instrucciones generales. Afirmando que esta información es correcta y veraz a lo mejor de mi capacidad. Autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo el discutir la información médica de mi hijo pertinente a este caso con los representantes de la Fundación MBA Opens Doors. Entiendo que la concesión es a discreción de la Fundación MBA Opens Doors y la Junta Directiva puede ajustar a su discreción las reglas generales para subvenciones futuras.

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 a utilizar la historia de mi familia, sin restricciones a todos los medios de comunicación. Este consentimiento se aplica al nombre y foto de mi hijo así como a mi nombre y foto, esto se aplica a la historia de la enfermedad y el tratamiento de mi hijo, para promover los fines de la Fundación MBA Opens Doors y solicitar fondos para ayudar a otros niños.
- 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 el establecimiento de salud referido

Padre/Tutor 1 Firma

Fecha

Padre/Tutor 2 Firma

Fecha

FOR MBA OPENS DOORS FOUNDATION USE ONLY

MODF

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____
- 11 _____

Disposition

- A _____
- D1 _____
- D2 _____

Other

