

The Bee Mighty Fund
Application Form

Información Personal

Su niño ha sido un paciente de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Presbyterian Hospital?
Sí _____ No _____

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____

Masculino _____ Femenino _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Padres/Nombre de Guardián _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Correo Electrónico _____

Número de personas en la familia _____

Ingresos del hogar _____

Dónde escuchó de nosotros? _____

Monto de dinero solicitado _____

***Además de la breve descripción a continuación, por favor provea una carta del proveedor de los servicios requeridos indicando que la terapia solicitada no está cubierta por el seguro, o que el seguro ha sido agotado, así también detallando los beneficios de los servicios para el niño y su costo.

Brevemente describa la condición actual del niño (incluyendo necesidades financieras), beneficios de los servicios solicitados al niño, y porque su familia está en necesidad de asistencia. Por favor proporcione detalles de todo lo que está dispuesto en su lucha financiera y su sacrificio por su hijo.

Información Médica

(Esta sección debe ser completada solamente por personal del Hospital)

Here goes the information for the medical personnel to fill out

Confidencial

Preguntas? Llamar al 704-384-7337
Presbyterian Hospital Foundation