



Fondo para Sobrevivientes de ACV

Hola,

Gracias por su interés en solicitar la subvención del Stroke Survivor Fund de The Stroke Foundation.

Fundada en 2020, la fundación sin fines de lucro 501(c)3 (EIN 84-4179502) de The Stroke Foundation empodera a los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular durante su fase de recuperación y rehabilitación al proporcionar subvenciones para terapia física, ocupacional y del habla adicional.

Para ser elegible para la subvención, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser sobreviviente de un accidente cerebrovascular de al menos 21 años de edad y residir en los EE. UU.
- Demostrar necesidad o dificultad financiera.
- Demostrar los beneficios del seguro de salud relacionados con la terapia física, ocupacional y/o del habla se han agotado.
- Proporcionar una declaración personal que detalle por qué debería recibir la subvención
- Proporcionar prueba de diagnóstico por un profesional médico
- Proporcionar prueba del plan de tratamiento necesario para terapia física, ocupacional y/o del habla proporcionado por un centro médico.

Nuestra Junta Directiva revisará y asignará las subvenciones a las personas de acuerdo con nuestras pautas y políticas, y caso por caso. Las solicitudes se revisan y las subvenciones se distribuyen a discreción de The Stroke Foundation.

The Stroke Foundation notificará a los beneficiarios de las subvenciones por correo electrónico dentro de los 60 días posteriores a la fecha límite de solicitud.

Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico a survivorfund@thestrokefoundation.org.

Gracias por su interés.

El equipo de The Stroke Foundation



Fondo para Sobrevivientes de ACV

Declaración personal

Proporcionémos una declaración sobre por qué debería recibir esta subvención.

Por la presente certifico que toda la información en esta página es precisa y veraz.

Nombre impreso _____ Firma _____ Fecha _____



Fondo para Sobrevivientes de ACV

Información personal

Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección de envío _____

Si usted es un cuidador que presenta una solicitud en nombre de un sobreviviente de un accidente cerebrovascular, complete la siguiente información:

Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección de envío _____

Información demográfica

Sexo Masculino Femenino Prefiero no contestar

Raza Indio Americano o nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Blanco Prefiero no contestar

Origen étnico Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no contestar

Por la presente certifico que toda la información en esta página es precisa y veraz.

Nombre impreso _____ Firma _____ Fecha _____



Fondo para Sobrevivientes de ACV

Términos, Condiciones y Consentimiento

Escriba sus iniciales en cada línea individual y firme en la parte inferior.

- Certifico que al solicitante principal (paciente) se le ha diagnosticado un ACV.
- Certifico que el solicitante principal (paciente) tiene más de 21 años y reside en Estdos Unidos.
- He incluido en esta solicitud una Explicación de beneficios (EOB) de mi proveedor de seguro médico que indica que se han agotado los beneficios de terapia física, ocupacional o conductual.
- He incluido en esta solicitud una carta personal explicando por qué solicito esta subvención.
- He incluido en esta solicitud una carta de un profesional médico que confirma el diagnóstico del solicitante principal.
- He incluido en esta solicitud prueba de ingresos (W-2 o declaración de impuestos más reciente) o un documento que demuestre dificultades financieras.
- Entiendo que The Stroke Foundation se reserva el derecho de elegir quién recibe la subvención, la cantidad de fondos distribuidos y cuándo se pagan los fondos.
- Entiendo que The Stroke Foundation solo usará la información que proporcione en esta solicitud para tomar una decisión sobre la subvención y no usará mi información para ningún otro propósito.
- Entiendo que los fondos otorgados se pagarán directamente al centro que brinda la terapia y que yo (el paciente y/o el cuidador) soy responsable de garantizar que los fondos se utilicen de manera adecuada.
- Entiendo que The Stroke Foundation no es responsable de eventos que incluyen, entre otros, garantizar que los fondos se usen de manera adecuada, la calidad o cantidad de la terapia recibida, el resultado de la terapia o cualquier tratamiento médico recibido antes, durante o después se paga la subvención.
- Doy mi consentimiento para que la información que he incluido en esta solicitud se utilice con el fin de determinar mi elegibilidad para la subvención.
- Doy mi consentimiento para que The Stroke Foundation se comunique con el solicitante principal, el cuidador y/o el centro médico que brinda el tratamiento para confirmar los detalles incluidos en esta solicitud.

Por la presente certifico que toda la información en esta página es precisa y veraz.

Nombre impreso _____ Firma _____ Fecha _____