



AYUDA EN CASOS DE DESASTRE

Ayuda en casos de desastre ofrece ayuda financiera inmediata a los miembros de la comunidad que han sido desplazados o afectados por un desastre natural

- Requisitos:
 - Residir en los Estados Unidos o alguno de sus territorios
 - Residir en la zona y haber sido afectado por un desastre que haya sido designado oficialmente por el gobierno estatal o federal, según lo determine la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) o el Servicio Meteorológico Nacional (National Weather Service)
 - Si el solicitante llena el formulario, deberá proporcionar la documentación del diagnóstico del trastorno sanguíneo
- Lo puede completar el solicitante o un profesional representante de la comunidad de los trastornos sanguíneos
- Comuníquese con la HFA a la dirección helpinghands@hemophiliafed.org si tiene preguntas.

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE HACE LA RECOMENDACIÓN

*¿Presenta la solicitud para usted o en nombre de alguien más?

- Presento la solicitud para mí
- Presento la solicitud para un familiar
- Presento la solicitud para un paciente o cliente:

Nombre _____

Apellido _____

Número de Teléfono _____

Correo electrónico _____

Nombre de su organización: _____

Tipo de organización:

- Asociación de trastornos sanguíneos sin fines de lucro
- Organización miembro de la HFA
- Organización de cuidados en casa o farmacia de especialidades
- HTC (centro de tratamiento de hemofilia)
- Fabricante de productos
- Institución médica (no se trata de un HTC)
- Otro

Su cargo:

- Enfermero(a)
- Trabajador(a) social
- Médico(a)
- Terapeuta físico(a)
- Personal de alguna organización miembro
- Representante de los cuidados en el hogar o de la farmacia de especialidades
- Otro representante de trastornos sanguíneos

Su título: _____

SOLICITUD DE AYUDA

Importante: Nuestro fondo de ayuda para desastres brinda asistencia con necesidades como vivienda temporal, reemplazo de artículos necesarios para el hogar, facturas del hogar y necesidades como alimentos y ropa. El monto y el método para recibir los fondos se determinará dependiendo de las necesidades del solicitante y su situación de desastre. Por favor, resuma las necesidades a continuación y pronto nos pondremos en contacto con usted.

*¿Qué tipo de ayuda solicita? (Elija una)

Vivienda (alquiler, hipoteca)

Transporte (cuota mensual del automóvil, reparaciones)

Servicios (electricidad, agua, teléfono)

Otra – Por favor describa el artículo: _____

* Por favor, explique las necesidades del solicitante y la ayuda que solicita:

*Monto total de ayuda que solicita: \$ _____

Puede enviar los documentos necesarios por correo electrónico a la dirección:
helpinghands@hemophiliafed.org

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (debe ser mayor de edad)

*Apellido de la familia _____ *Tamaño de la familia (cantidad de adultos y niños) _____

*Nombre _____ *Apellido _____

*Domicilio del solicitante _____

*Ciudad _____ *Estado _____ *Código postal _____

*Número telefónico principal del solicitante _____

Número telefónico secundario _____

Dirección de correo electrónico del solicitante _____

*Idioma oral de preferencia:

- Inglés
- Español
- Otro

Por favor, indique sus necesidades de interpretación. ¿La organización que lo recomienda o algún miembro de la familia pueden interpretar al paciente? ¿Será necesario que la HFA se encargue de la interpretación?

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

*Nombre _____ *Apellido _____

*Fecha de nacimiento: _____

*Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

*Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

*Parentesco del solicitante principal con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

TRASTORNO SANGUÍNEO DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Tipo de trastorno sanguíneo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7) | <input type="checkbox"/> VIII (8) | <input type="checkbox"/> IX (9) |
| <input type="checkbox"/> V (5) | <input type="checkbox"/> X (10) | <input type="checkbox"/> XI (11) |
| <input type="checkbox"/> XIII (13) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1 |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2 | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3 | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas | <input type="checkbox"/> Otro |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #2

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7) | <input type="checkbox"/> VIII (8) | <input type="checkbox"/> IX (9) |
| <input type="checkbox"/> V (5) | <input type="checkbox"/> X (10) | <input type="checkbox"/> XI (11) |
| <input type="checkbox"/> XIII (13) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1 |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2 | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3 | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas | <input type="checkbox"/> Otro |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #3

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7) | <input type="checkbox"/> VIII (8) | <input type="checkbox"/> IX (9) |
| <input type="checkbox"/> V (5) | <input type="checkbox"/> X (10) | <input type="checkbox"/> XI (11) |
| <input type="checkbox"/> XIII (13) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1 |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2 | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3 | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas | <input type="checkbox"/> Otro |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #4

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7) | <input type="checkbox"/> VIII (8) | <input type="checkbox"/> IX (9) |
| <input type="checkbox"/> V (5) | <input type="checkbox"/> X (10) | <input type="checkbox"/> XI (11) |
| <input type="checkbox"/> XIII (13) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1 |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2 | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3 | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas | <input type="checkbox"/> Otro |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #5

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7) | <input type="checkbox"/> VIII (8) | <input type="checkbox"/> IX (9) |
| <input type="checkbox"/> V (5) | <input type="checkbox"/> X (10) | <input type="checkbox"/> XI (11) |
| <input type="checkbox"/> XIII (13) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1 |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2 | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3 | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas | <input type="checkbox"/> Otro |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #6

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7) | <input type="checkbox"/> VIII (8) | <input type="checkbox"/> IX (9) |
| <input type="checkbox"/> V (5) | <input type="checkbox"/> X (10) | <input type="checkbox"/> XI (11) |
| <input type="checkbox"/> XIII (13) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1 |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2 | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3 | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas | <input type="checkbox"/> Otro |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #7

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7) | <input type="checkbox"/> VIII (8) | <input type="checkbox"/> IX (9) |
| <input type="checkbox"/> V (5) | <input type="checkbox"/> X (10) | <input type="checkbox"/> XI (11) |
| <input type="checkbox"/> XIII (13) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1 |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2 | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3 | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas | <input type="checkbox"/> Otro |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR #8

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- En pareja
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)
- Niño/Adolescente

Género:

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no responder
- Otro

Parentesco con la persona que tiene el trastorno sanguíneo (seleccione todas las que correspondan):

- Adulto con trastorno
- Niño con trastorno
- Portador
- Pareja o cónyuge de alguien con trastorno
- Padre o madre de alguien con trastorno
- Hijo(a) de un padre o madre con trastorno
- Hermano(a) de alguien con trastorno
- Abuelo(a) de alguien con trastorno
- Otro familiar de alguien con trastorno
- Amigo(a) de alguien con trastorno

TRASTORNO SANGUÍNEO

Tipo de trastorno sanguíneo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VII (7) | <input type="checkbox"/> VIII (8) | <input type="checkbox"/> IX (9) |
| <input type="checkbox"/> V (5) | <input type="checkbox"/> X (10) | <input type="checkbox"/> XI (11) |
| <input type="checkbox"/> XIII (13) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand (vWD) | <input type="checkbox"/> vWD tipo 1 |
| <input type="checkbox"/> vWD tipo 2 | <input type="checkbox"/> vWD tipo 3 | <input type="checkbox"/> I (fibrinógeno) |
| <input type="checkbox"/> II (protrombina) | <input type="checkbox"/> Trastorno de plaquetas | <input type="checkbox"/> Otro |

Gravedad del trastorno sanguíneo:

- Leve
- Moderado
- Severo

Complicaciones:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibidor | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Daño en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado | <input type="checkbox"/> Otra |

¿El solicitante principal recibe atención o servicios para su trastorno sanguíneo en un centro de tratamiento de hemofilia (HTC, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

Nombre del centro de tratamiento de hemofilia (HTC) (opcional): _____