



APOYO PARA INHIBIDORES MATERIALES DE TUTORÍA O EDUCATIVOS

Instrucciones:

1. Por favor, llene toda la información a mano o a máquina. 2. Si el espacio que se proporciona no es suficiente, adjunte páginas adicionales a la solicitud. 3. Adjunte una factura, carta médica o comprobante de pago para el tutor o las lecciones. 4. Trastorno de sangrado diagnosticado y gravedad. 5. Comprobante de estatus del inhibidor.

SOLICITANTE

Sr. Srta. Sra. Otro _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Teléfono principal _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

TUTOR O ENSEÑANZA

Lecciones Tutoría Centro de tutoría o nombre del tutor privado _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

ESCUELA - Por favor, tenga en cuenta que este programa es únicamente para estudiantes de kínder a doceavo grado.

Nombre de la escuela _____ Fecha de graduación (MM/AA) _____

Nombre del/de la director(a) _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

MATERIALES EDUCATIVOS

Artículo solicitado _____ Costo del artículo _____

Propósito del artículo _____

OBSERVACIONES ESPECIALES

- El reembolso se proporcionará tras recibir una carta médica, comprobante de estatus del inhibidor (durante el mismo año de la solicitud), factura del tutor o maestro que detalle el trabajo de tutoría realizado y las tarifas aplicadas, o bien, copias de las facturas que indiquen que se realizó un pago a un centro de tutoría comercial.
- Toda la información que proporcione en apoyo de esta solicitud será confidencial y se usará únicamente para propósitos del apoyo para inhibidores de la HFA.

La firma al calce ratifica que toda la información proporcionada en esta solicitud y los documentos de apoyo es verdadera y completa hasta donde tengo conocimiento. Si se me solicita, proporcionaré un comprobante. **De no proporcionar los documentos de apoyo, se retrasará el reembolso.**

Firma del solicitante o padre, madre o tutor _____ Fecha _____

Su petición será válida únicamente cuando esta solicitud y todos los documentos de apoyo se envíen a: 999 North Capitol Street NE, Suite 201, Washington, DC 20002, fax: 202.675.6983, email: helpinghands@hemophiliafed.org