

Aplicación para un Sueño
PARA UN NIÑO DESAHUCIADO, CRÓNICAMENTE ENFERMO O HERIDO

Para elegibilidad general en una de las cuatro categorías de Caridad Familiar Macdonald de Sueños, un niño debe estar entre las edades de 2 y 18 años cuando la aplicación sea recibida o el sueño sea otorgado y ellos y sus familias debe residir en los condados de Larimer o Weld del norte de Colorado.

APLICACIÓN PARA CATEGORÍA (POR FAVOR MARQUE UNO)

Niño Desahuciado

Niño Enfermo Crónicamente

Niño Herido

INFORMACIÓN DEL NIÑO

NOMBRE DEL NIÑO ()
NÚMERO TELEFÓNICO (POR FAVOR INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)

DIRECCIÓN DEL NIÑO CONDADO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO

FECHA DE NAC. DEL NIÑO (MÉS/DÍA/AÑO) EDAD DEL NIÑO #DEL SSN DEL NIÑO

ESCUELA DEL NIÑO (SI ES APLICABLE)

NOMBRE(S)/EDAD(ES) DE HERMANOS(AS) DEL NIÑO

NOMBRE EDAD NOMBRE EDAD

NOMBRE EDAD NOMBRE EDAD

DOCTOR DEL NIÑO:

NOMBRE DEL DOCTOR ()
NÚMERO TELEFÓNICO (POR FAVOR INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)

DIRECCIÓN DEL DOCTOR

DIAGNÓSTICO DEL NIÑO

FIRMA DE DOCTOR / /
FECHA (MES/DÍA/AÑO)

TUTOR DEL NIÑO/PADRES/PADRES DE ACOGIMIENTO:

NOMBRE NÚMERO DE TELEFÓNICO (POR FAVOR INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)

Yo autorizo esta petición de sueño y acuerdo en proveer la información solicitada y hacerme a mí, a mi niño y a otros miembros de la familia disponibles para discutir y recibir este sueño.

Yo entiendo que ésta aplicación no garantiza que la petición del sueño sea otorgada.

FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL / /
FECHA (MES/DÍA/AÑO)

CONTINUADO EN LA SIGUIENTE PÁGINA

