



# Grant Application

Solicitud de Aceptación

**For office use only:**

Received: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Reviewed: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ by \_\_\_\_\_  
 App/Dec: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ttl Amnt: \$ \_\_\_\_\_

**El Baúl de Esperanza de Jessica**  
 (fundación para niños gravemente enfermos)

**\*Please be sure to PRINT LEGABLY and complete the entire form.\***  
 (\*sea seguro IMPRIMIR LEGABLY y llenar el formulario entero.\*)

<b>Applicant Child's Information (Spanish)</b>		
Child's Name (Nombre del niño):		
Date of Birth (Fecha de nacimiento):		
Age (Edad):		
Social Security Number (Número de Seguridad Social):		Ethnicity (Fondo étnico):
Medical Condition(s) (Condición médica):		
<b>Is this child currently hospitalized or receiving outpatient treatment? How often? Please explain.</b> (¿Es este niño hospitalizado actualmente o que recibe el tratamiento del paciente no internado? ¿Cómo a menudo? Explique por favor.):		
Attending Physician's Name (Atender al nombre del médico):		
Medical Treatment Facility (Facilidad del tratamiento médico):		
<b>Parents'/Guardians' Information (Información de los padres o de los guardas)</b>		
Parents' Names (Nombres de los padres):		
Phone Number (Número de telefono):		
Email Address (Dirección de correo electrónico):		
Address (Dirección):		
City (Ciudad):	State (Estado):	Zip Code (CP):
List other children in the home and their ages (Otros niños en casa y sus edades):		
1.	3.	
2.	4.	
What is your monthly request? (Petición mensual): \$		
How many months are you requesting for? (¿Por cuantos meses?):		
What is the total amount you are requesting? (Cantidad total requerida): \$		
How will grant money be used? Please be specific. (¿Cómo usted utilizará el dinero de la concesión? Sea específico):		
<b>Is this request made for the purpose of obtaining specialized equipment?</b> (Esta petición es realizada con el propósito de obtener equipo especializado?):		
<b>If so, please provide the name and phone number of equipment vendor:</b> (De ser así, por favor escriba el nombre y número telefónico del lugar que lo vende):		
<b>Social Worker's Information (Información del trabajador social):</b>		
Social Worker's Name (Nombre del trabajador social):		
Office Address (Dirección de la oficina):		
City (Ciudad):	State (Estado):	Zip Code (CP):
Phone Number (Número de telefono):		
Social Worker's Email Address (Dirección de correo electrónico del trabajador social):		

By signing my name, I attest that all information provided on this form is accurate and true to the best of my knowledge.  
 (Firmando mi nombre, atestiguo que toda la información proporcionada en esta forma es exacta y verdad al mejor de mi conocimiento.)

\_\_\_\_\_  
 Social Worker's Signature

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Parent's/Guardian's Signature

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Date