



## EMERGENCY SPECIAL ASSISTANCE REQUEST FORM

Fiscal Year 2017

**Submitting this request does not guarantee payment. Approval is at the discretion of the Arizona Hemophilia Association (AHA) and is contingent on availability of funds.**  
Please fill out completely and fax (602-955-1962) or mail to the Arizona Hemophilia Association.  
A copy of the outstanding bill or invoice is **required** and must be attached to this form.

Community Member Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Name of Payee: \_\_\_\_\_ Acct. # \_\_\_\_\_

Address of Payee: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Requested Amount: \_\_\_\_\_ Bill Due Date: \_\_\_\_\_

The AHA's assistance program should be considered a last option. Please list three other resources you have asked for assistance prior to the Association.

1. \_\_\_\_\_ Telephone #: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Telephone #: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Telephone #: \_\_\_\_\_

Brief description of circumstances leading to this hardship:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Brief description of plan to improve the situation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AHA Staff Only:

Paid Amt: _____	Method of Payment: _____	Date of Payment: _____
-----------------	--------------------------	------------------------

## FORMULARIO DE SOLICITUD PARA AYUDA ESPECIAL

Año Fiscal 2017

**Presentar esta solicitud no garantiza el pago. El visto bueno y aprobación está bajo el criterio de la Asociación de Hemofilia de Arizona (AHA), y está supeditado a la disponibilidad de fondos.**

Por favor rellene por completo y envíe al fax (602-955-1962) o por correo a la Asociación de Hemofilia de Arizona.

Una copia de la factura pendiente se **requiere** y deberá de ser adjuntada a este formulario.

Nombre del Miembro de la Comunidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_ Cuenta # \_\_\_\_\_

Dirección Beneficiario: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Importe Solicitado: \_\_\_\_\_

El programa de ayuda de AHA debería de considerarse como última opción. Por favor, enumere tres otras fuentes a las que solicitado ayuda antes de la Asociación.

1. \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Descripción breve de las circunstancias que llevaron a estos problemas económicos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripción breve del plan para mejorar la situación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AHA:

Paid Amt: _____	Method of Payment: _____	Date of Payment: _____
--------------------	--------------------------	---------------------------