

**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: \_\_\_\_\_ # de Miembro \_\_\_\_\_  
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:
-----------	--------------------	------------------