

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:
-----------	--------------------	------------------

Signature Approval from ED: _____