



CFLF

**Cystic Fibrosis
Lifestyle Foundation**

Living STRonger, Living Longer
#STROLO

Solicitud de subvención de

LISTA DE VERIFICACIÓN:

_____ Solicitud completada (Todas las páginas de la solicitud deben completarse y enviarse juntas)

_____ Foto del solicitante realizando una actividad física (se prefiere copia digital, correo electrónico a Grants@CFLF.org)

_____ Consentimiento y contrato firmados

_____ Formulario del proveedor de atención de LA FQ (completado por el proveedor de atención de la FQ)

_____ Carta de referencia (Opcional)

_____ Copia de la solicitud que se conservará para registros personales (Opcional, pero muy recomendable)

Correo a: CFLF
A la atención de: Solicitudes de subvención
P.O. Box 1565
Ronkonkoma, NY 11779

E-mail a: Grants@CFLF.org
Fax a: 802.877.2034

Pautas de solicitud de subvención

- Debido a COVID-19, las solicitudes de equipos de ejercicio en el hogar se **considerarán** temporalmente.
- Los solicitantes que soliciten apoyo para una actividad (en lugar de equipo de ejercicio) **deben completar y firmar la exención de responsabilidad covid en la página 8.**
- Debido a los **limitados fondos disponibles, el CFLF no puede aprobar todas las solicitudes de Subvenciones de Recreación.**
- Las solicitudes de subvención de recreación individual no pueden exceder los \$500.
- El CFLF solo considerará las solicitudes COMPLETAS, esto incluye responder TODAS las preguntas E incluir una foto. Si falta CUALQUIER información, se realizará una denegación.
- Consulte con el establecimiento donde se llevará a cabo la actividad del solicitante para asegurarse de que aceptará un cheque del CFLF como pago por sus servicios.
- Los solicitantes solo pueden presentar un tipo de solicitud de CFLF a la vez.
- La **información financiera anual** para el hogar (incluidos TODOS los miembros del hogar) que pedimos nos ayuda a evadir la necesidad financiera. Dejar este campo en blanco tendrá un impacto negativo en la revisión de su solicitud.
- Las solicitudes **DEBEN** ser completadas por la persona con FQ. Si un niño no puede escribir, el padre o tutor puede transcribir para ellos, pero las palabras deben provenir del solicitante.
- **Las solicitudes se revisan semestralmente con plazos para:**
 - marzo 31, 2022
 - septiembre 30, 2022
 - Las solicitudes deben recibirse a más tardar a la medianoche del día de la fecha límite
- El CFLF pagará directamente por el soporte aprobado (dentro de los seis meses posteriores a la aprobación) a la empresa u organización de la actividad de facturación. Los fondos, incluido el reembolso por actividades pasadas, NO se pagarán al beneficiario de la subvención.
- Si a un solicitante se le niega, puede volver a solicitar la misma solicitud, o una solicitud diferente, con una nueva solicitud tan pronto como lo desee.
- Solo se puede otorgar una subvención de recreación por destinatario cada 12 meses.
- Pedimos que los solicitantes acepten proporcionar comentarios durante el período de su subvención en el momento de la admisión, 12 y 24 meses. El "Cuestionario CF" (CFQ-R) es una herramienta de evaluación de cuatro páginas que ha sido estudiada a fondo para determinar su fiabilidad y validez. Hemos recibido permiso para usar esta herramienta para evaluar cualquier efecto sobre la calidad de vida física, psicológica y social de los beneficiarios de la subvención. La información se utiliza para las purpores internas solo para demostrar el impacto del programa, y se mantendrá confidencial.

Solicitud de subvención individual

(Asegúrese de que TODAS las secciones de la solicitud estén llenas)

Fecha: _____ / _____ / 2022

¿Ha solicitado una subvención de recreación de CFLF en el pasado? No ___ Yes ___

¿Alguna vez ha recibido una subvención de recreación de CFLF? No ___ Yes ___

• **Información del hogar:** (*Esta información es requerida para **TODOS los** solicitantes)

¿Cuántas personas hay en su hogar? _____ *

¿Cuántos en su hogar tienen FQ? _____ *

¿Cuál es su ingreso **familiar ANUAL** actual ? _____ *

¿Los ingresos de su hogar se han visto afectados negativamente por COVID-19? No ___ Yes ___

• **Información personal:**

Nombre: _____ Apellido: _____ Dirección: _____

_____ Ciudad: _____

Estado: _____

Zip: _____

Teléfono: (_____) _____ (Por favor, marque uno: Casa / Celular /

Trabajo) Correo electrónico: _____ * **DEBE** ser una

cuenta activa Edad: _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

• **Contacto de emergencia :**

Nombre _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

E-mail: _____ Teléfono: (_____) _____ ¿Se puede

proporcionar a esta persona actualizaciones y correos del CFLF? No ___ Yes ___

• **Consentimiento**

Al firmar aquí, doy mi permiso al CFLF para discutir mi condición con mis médicos, otros proveedores de atención médica u otras organizaciones con respecto a las actividades para las que me gustaría usar mi subvención. También doy mi permiso al CFLF para solicitar información médica de mis proveedores de atención médica de FQ, incluidas mis puntuaciones pulmonares del FEV-1. Entiendo que, de conformidad con las regulaciones de HIPAA, el CFLF mantendrá confidencial cualquier información médicamente sensible. Mi firma a continuación es válida durante los 24 meses posteriores a la aprobación de mi Beca de Recreación.

Firma: _____

Si es menor de 18 años:

Nombre (s) del padre/tutor: _____

Firma (s) de padre/tutor: _____

Información de solicitud de actividad

Por favor, sea lo más específico posible al proporcionar la siguiente información. Si falta alguna información o se deja en blanco, no podremos procesar su solicitud.

-Si se solicita más de una actividad (o equipo de ejercicio), **fotocopie o imprima esta página varias veces para CADA solicitud individual.** Recuerde que el monto total en dólares para todas las actividades / equipment no puede exceder los \$ 500.

Tipo de actividad o equipo de ejercicio se solicitan fondos para:

(es decir, membresía en el gimnasio, clases de yoga, bicicleta estacionaria, cinta de correr, etc.)

Cantidad solicitada para equipo de actividad o ejercicio: \$ _____

(Se requiere una cantidad **EXACTA** en dólares, hay un máximo de \$ 500)

Si solicita una compra directa de equipo de ejercicio en línea, copie / pegue la dirección URL de la página web del equipo específico:

Nombre de la empresa u organización donde se pagarán los fondos de la actividad a:

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zip:** _____

Número de teléfono: (____) _____ **E-mail:** _____

Persona de contacto (si corresponde): _____

Fecha de inicio de la actividad: _____

(Si no hay una fecha específica, escriba lo antes posible)

Duración de la actividad: _____

(Ej. un año, 6 meses, 4 semanas, etc.)

Contrato de Acuerdo

Por favor, lea e **inicie CADA uno** de los puntos a continuación, y al aceptar estas condiciones firme en la parte inferior de la página.

_____ Entiendo que estoy llevando a cabo las actividades solicitadas en esta solicitud en virtud de mi propio riesgo (o el de mi hijo), y no responsabilizaré a la Cystic Fibrosis Lifestyle Foundation, ni a ninguno de sus socios, por ninguna lesión o impacto negativo en la salud relacionado con esta actividad.

_____ Entiendo que el espíritu de estos fondos es ayudar a mejorar mi estilo de vida, que incluye mi bienestar físico, emocional y social. Haré todo lo posible para usar esta Subvención de Recreación para mejorar mi vida y usarla para actividades en curso que creo que son beneficiosas para mi salud.

_____ No venderé, comerciaré ni me beneficiaré de ningún bien o servicio prestado con esta Subvención de Recreación.

_____ Entiendo que el CFLF se comunicará con mi médico de FQ para revisar y solicitar el respaldo de las actividades solicitadas en esta solicitud.

_____ Haré todo lo posible para completar y devolver el CFQ-R (cuestionarios) en la admisión, 12 meses, y nuevamente a los 24 meses para ayudar al CFLF a determinar el impacto en mi calidad de vida de esta subvención y para ayudar a mejorar los programas del CFLF.

_____ Actualizaré el CFLF con cualquier cambio de dirección, correo electrónico o teléfono.

_____ Doy permiso a CFLF para utilizar mis fotografías (o las de mi hijo), partes de mi ensayo, contenido de correo electrónico, notas de agradecimiento, etc. para ayudar a demostrar el impacto de este programa al público a través del sitio web de CFLF, correos electrónicos, correos electrónicos y / o redes sociales. (OPCIONAL)

Fecha de firma

_____/_____/2022
del solicitante

Firma del padre/ tutor (si es menor de 18 años)

_____/_____/2022
Fecha

*Comuníquese con la Coordinadora del Programa, Tiffany McDaniel, si tiene preguntas en: Tiffany@CFLF.org o (833) 462-2353 ext. 2

Exención de responsabilidad relacionada con coronavirus / COVID-19

****Si usted, o su hijo, tienen la intención de usar su Subvención de Recreación para una actividad fuera de su hogar, deberá leer y firmar esta exención****

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Se informa que el COVID-19 es extremadamente contagioso. El estado del conocimiento médico está evolucionando, pero se cree que el virus se propaga por contacto de persona a persona y / o por contacto con superficies y objetos contaminados, e incluso posiblemente en el aire. Según los informes, las personas pueden infectarse y no mostrar síntomas y, por lo tanto, propagar la enfermedad. Se desconocen los métodos exactos de propagación y contracción, y no existe un tratamiento, cura o vacuna conocidos para COVID-19. La evidencia ha demostrado que COVID-19 puede causar enfermedades graves y potencialmente mortales e incluso la muerte. Aquellos que tienen fibrosis quística se consideran de alto riesgo con respecto a contraer COVID-19.

El CFLF no puede evitar que usted [o su(s) hijo(s)] se expongan, contraigan o propaguen COVID-19 mientras utilizan los servicios o locales de una empresa. Si elige utilizar los servicios de CFLF para ingresar a las instalaciones de una empresa, es posible que se exponga y / o aumente su riesgo de contraer o propagar COVID-19.

ASUNCIÓN DE RIESGOS:

He leído y entendido la advertencia anterior sobre COVID-19. Por la presente, elijo aceptar el riesgo de contraer COVID-19 para mí y / o mis hijos al utilizar los servicios del CFLF para ingresar a las instalaciones de un negocio".

RENUNCIA A LA DEMANDA / RESPONSABILIDAD: Por la presente libero y renuncio para siempre a mi derecho de presentar una demanda contra la Cystic Fibrosis Lifestyle Foundation y sus propietarios, funcionarios, directores, gerentes, funcionarios, fideicomisarios, agentes, empleados u otros representantes en relación con la exposición, infección y / o propagación de COVID-19 relacionada con la utilización de su Subvención de Recreación programa. Entiendo que esta renuncia significa que renuncio a mi derecho a presentar cualquier reclamo, incluso por lesiones personales, muerte, enfermedad o pérdidas de propiedad, o cualquier otra pérdida, incluidos, entre otros, reclamos de negligencia y renuncio a cualquier reclamo que pueda tener para buscar daños, ya sean conocidos o desconocidos, previstos o imprevistos.

Entiendo y acepto que la ley del Estado de Florida se aplicará a este contrato.

HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE Y ENTIENDO COMPLETAMENTE TODAS LAS DISPOSICIONES DE ESTE COMUNICADO, Y ASUMO LIBREMENTE Y A SABIENDAS EL RIESGO Y RENUNCIO A MIS DERECHOS CON RESPECTO A LA RESPONSABILIDAD COMO SE DESCRIBE ANTERIORMENTE:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (impreso): _____

Soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente. Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento y, al firmar a continuación, doy mi consentimiento a los términos y condiciones de este Comunicado.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (impreso): _____

* Complete la parte superior de esta página usted mismo, luego haga que su proveedor de atención de FQ complete el resto de esta página y la página siguiente. Las páginas 9 y 10 DEBEN completarse e incluirse CON su solicitud para ser consideradas para su aprobación.

Nombre del solicitante : _____ DOB del solicitante : _____
Actividad elegida por el solicitante : _____

CF Care Provider (MD, NP, PA) (Page 1 of 2)
CFLF Recreation Grant- Request for Information

CF Care Provider's Name: _____
CF Care Provider's E-mail: _____
CF Care Center: _____
Center Mailing Address: _____
City: _____ State: _____ Zip code: _____

Contact Person: _____ Position: _____
Phone: (_____) _____ E-mail (required): _____

Dear CF Care Provider,

We have received an application from the applicant listed above for a Recreation Grant from the CFLF. Part of our application review process is to verify with their CF Care Provider their current health status. Any information will be kept confidential and will be used for internal purposes only (i.e., not for research or publication) to better understand and demonstrate program impacts in substantiating ongoing financial support.

The information we would like from you:

1. How long have you treated this patient? _____

2. How would you rate their compliance with medications and treatments on a scale of 1-10 (10 being 100% compliant.) Circle one: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Do you endorse their participation in the activity listed above as potentially beneficial to their health? _____

4. Do you have any concerns about their participation in these activities? _____

5. Would you be willing to provide updates of their FEV-1 scores upon request? _____

As the primary CF Care Provider for the patient listed above, I support and encourage their participation in physical activity as a part of their well-being. I understand that CFLF is not promoting any form of interaction between CF patients, and the funds being applied for are strictly for individual purposes of promoting recreation as an additive measure of airway clearance. I feel that he/she is an excellent candidate to receive a CFLF Recreation Grant.

_____/_____/2022
CF Care Provider (Signature) Date

CF Care Provider (Page 2 of 2)
CFLF Recreation Grant- FEV- 1 Scores

Applicant's Name: _____ Applicant's DOB: _____

Please list the applicant's FEV-1 scores from the last one to two years, we require a minimum of **at least 4 scores**. If the patient is too young, or unable to provide lung function scores, please explain:

Please enter FEV-1 data for the previous 12 months below, starting with the OLDEST and ending with the NEWEST scores. Please use two decimals for the "Score" column.

*Score: _____ Percentile: _____ % Date: ____/____/____

*Score: _____ Percentile: _____ % Date: ____/____/____

*Score: _____ Percentile: _____ % Date: ____/____/____

*Score: _____ Percentile: _____ % Date: ____/____/____

Score: _____ Percentile: _____ % Date: ____/____/____

Score: _____ Percentile: _____ % Date: ____/____/____

Score: _____ Percentile: _____ % Date: ____/____/____

Score: _____ Percentile: _____ % Date: ____/____/____

Score: _____ Percentile: _____ % Date: ____/____/____

Score: _____ Percentile: _____ % Date: ____/____/____

*Minimum of four FEV-1 scores required

Other comments:

The scores listed above have been performed and recorded at an affiliated CF Center under supervision of a CF healthcare provider.

_____/_____/2022
CF Care Provider (Signature) Date

Nombre del solicitante : _____



El CFLF es una organización sin fines de lucro pequeña e independiente que no está afiliada ni respaldada por ninguna otra organización de CF. El programa CF Recreation Grant es posible gracias a eventos de recaudación de fondos de base , donaciones individuales y subvenciones de compañías farmacéuticas. La demanda de CF Recreation Grants casi se ha triplicado en los últimos años, mientras que la cantidad de fondos disponibles para el programa se ha mantenido igual.

Para que podamos estar al día con la demanda de subvenciones...

¡Necesitamos tu ayuda!

Por favor , considere:

- Hacer una donación de cualquier cantidad al CFLF
 - Recaudación de fondos para el CFLF
- Contarle a familiares y amigos sobre el programa CF Recreation Grant

ADEMÁS...

Si conoce a alguien que pueda estar interesado en donar una vez o de forma regular, proporcione su información a continuación y nos comunicaremos con ellos. (Esto NO es necesario

con el fin de ser considerado para una Beca de Recreación).

Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Número de teléfono : () _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Número de teléfono : () _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Relación Para solicitante: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Zip: _____

Teléfono número: () _____ Correo electrónico: _____