



# CFLF

**Cystic Fibrosis  
Lifestyle Foundation**

*Living STRONGer, Living LONGer*

## Solicitud de subvención de recreación 2022

### LISTA DE VERIFICACIÓN:

- \_\_\_\_\_ Solicitud completada (Todas las páginas de la solicitud deben completarse y enviarse juntas)
- \_\_\_\_\_ Foto del solicitante haciendo una actividad física (se prefiere la copia digital, correo electrónico a [grants@cflf.org](mailto: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 E-mail a:

[Grants@CFLF.org](mailto:Grants@CFLF.org)

A la atención de: Solicitudes de subvención Fax al: 802.877.2034

Apartado de correos 1565

Ronkonkoma, NY 11779 Estados Unidos

Este programa es posible gracias al apoyo de:



Trudell Medical Internacional

## Pautas de solicitud de subvención

- **Las solicitudes de Due a COVID-19 para 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 la escasez de fondos disponibles, el CFLF no puede aprobar todas las solicitudes de Recreation Grant.**
- Las solicitudes de subvención de recreación no pueden exceder los \$ 500 USD (el monto equivalente en Canadian está sujeto a variaciones según los tipos de cambio en el momento de la aprobación del premio).
- 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 VISA / MASTERCARD del CFLF como pago por sus servicios.
- 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 de forma continua y pueden enviarse en cualquier momento. Se pide que las solicitudes que son específicas de la fecha permitan al menos cuatro semanas antes del inicio de la actividad para el tiempo de procesamiento.**
- El CFLF pagará directamente por las actividades a la empresa u organización que proporciona la actividad. Los fondos, incluido el reembolso por actos pasados, NO se pagarán al beneficiario de la subvención.
- Si un solicitante es denegado, puede volver a pagar por la misma actividad, o diferente, con una nueva solicitud tan pronto como lo desee.
- Solo se puede otorgar un Grant de recreación por destinatario por año.
- 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 fines internos solo para demostrar el impacto del programa y se mantendrá confidencial.**

# Solicitud de subvención canadiense

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

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / 2022

¿Ha solicitado una subvención CFLF en el pasado? No \_\_\_ Si \_\_\_

¿Alguna vez ha recibido una subvención del CFLF? No \_\_\_ Si \_\_\_

## Información del hogar: (\*Esto es obligatorio 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 \_\_\_ Si \_\_\_

## Información personal:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (Por favor circle uno: Hogar/Celular/Trabajo)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\***DEBE** ser una cuenta activa

Edad: Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Se puede proporcionar a esta persona actualizaciones y correos del CFLF? No \_\_\_ Sí \_\_\_

## Consentimiento:

Al firmar aquí, doy mi permiso a 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 permisión al CFLF para solicitar información médica de mis proveedores de atención médica de FQ, incluidas mis puntuaciones pulmonares del VEF-1. Entiendo que, de conformidad con las regulaciones de privacidad médica, 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 alguna información se está confundiendo o se deja en blanco, no podremos procesar su solicitud.*

-Si se solicita más de una actividad (o equipo de ejercicio) **por favor fotocopie o imprima esta página varias veces para CADA actividad o solicitud de equipo.**

(Recuerde que el monto total en dólares para todas las actividades no puede exceder los \$ 500 USD).

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

---

(es decir, membresía de Gym, campamento de verano, clases de yoga, etc.)

**Si solicita una compra directa de equipos exercise 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 actividad o equipo a:**

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Población:** \_\_\_\_\_ **Provenza:** \_\_\_\_\_ **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:** \_\_\_\_\_

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

**Cantidad solicitada para equipo de actividad o ejercicio:** \$ \_\_\_\_\_

(Se requiere el monto EXACTO en dólares canadienses - \$ 500 USD maximum - Verifique en línea los tipos de cambio actuales de CAN-USD).

\_\_\_\_\_ **Confirmé que este proveedor de actividades aceptará pagos VISA/MASTERCARD**  
(iniciales)





(Continúe en una hoja separada si es necesario)

## **CFLF Recreation Grant- FEV- 1 Puntajes**

**Ingrese sus datos del FEV-1 para los 12 meses anteriores a continuación, comenzando con el MÁS ANTIGUO y terminando con los puntajes MÁS NUEVOS. Utilice dos decimales para la columna "Puntuación".**

*Puntuación: _____	Percentil: _____ %	Fecha: ___ / ___ / ___
*Puntuación _____	Percentil: _____ %	Fecha: ___ / ___ / ___
*Puntuación: _____	Percentil: _____ %	Fecha: ___ / ___ / ___
*Puntuación: _____	Percentil: _____ %	Fecha: ___ / ___ / ___
*Puntuación: _____	Percentil: _____ %	Fecha: ___ / ___ / ___
*Puntuación _____	Percentil: _____ %	Fecha: ___ / ___ / ___
*Puntuación: _____	Percentil: _____ %	Fecha: ___ / ___ / ___
*Puntuación: _____	Percentil: _____ %	Fecha: ___ / ___ / ___
*Puntuación: _____	Percentil: _____ %	Fecha: ___ / ___ / ___
*Puntuación: _____	Percentil: _____ %	Fecha: ___ / ___ / ___

\*Proporcione un mínimo de cuatro puntajes FEV-1

## 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, emotivo y social. Haré todo lo posible para usar esta Subvención de recreación para mejorar mi vida y usarla para actividades en curso que yo creo que es beneficioso para mi salud.

\_\_\_\_\_ No venderé, comerciaré ni me beneficiaré de ningún bien o servicio prestado con esto. Beca de Recreación.

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

\_\_\_\_\_ Haré todo lo posible para eliminar 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 del solicitante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2022

\*Comuníquese con la Coordinadora del Programa, Tiffany McDaniel, si tiene preguntas en: [Tiffany@cflf.org](mailto: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 exponga, contraiga o propague COVID-19 mientras utiliza los servicios o locales de una empresa. Si elige utilizar los servicios del CFLF para ingresar a las instalaciones de una empresa, puede estar exponiéndose y / o aumentando 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 programa de Subvenciones de Recreación. 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, incluidas, entre otras, las reclamaciones de negligencia y renuncio a cualquier reclamo que pueda tener para buscar daños, ya sean conocidos o desconocidos, previstos o imprevistos.

**ELECCIÓN DE LEY:** 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Nombre (impreso): \_\_\_\_\_

## Proveedor de atención de la FQ (médico o enfermera)

### CFLF Recreation Grant- Solicitud de información

A cumplimentar por el solicitante:

Nombre del solicitante: DOB del solicitante: \_\_\_\_\_

Actividad elegida por el solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención de la FQ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correo electrónico del proveedor de atención de CF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Centro de Atención de la FQ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección postal del centro: \_\_\_\_\_

Ciudad: Estado: Código postal: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail (requerido): \_\_\_\_\_

A completar por el proveedor de atención:

Estimado proveedor de atención de la FQ,

Hemos recibido una solicitud del solicitante mencionado anteriormente para una subvención de recreación de CFLF y necesitamos verificar su estado de salud actual con su Provider de cuidado de LA FQ.

**Cualquier información se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines internos (es decir, no para investigación o publicación) para comprender mejor y demostrar los impactos del programa en la justificación del apoyo financiero continuo.**

1. ¿Cuánto tiempo ha tratado a este paciente? \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo calificaría su cumplimiento con los medicamentos y tratamientos en una escala del 1 al 10? (10 es 100% compatible). Círculo uno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. ¿Respalda su participación en la actividad mencionada anteriormente como potencialmente beneficiosa para su salud? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Tiene alguna preocupación sobre su participación en estas actividades? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Estaría dispuesto a proporcionar actualizaciones de sus puntajes FEV-1 a pedido? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Como Provider primario de atención de la FQ para el paciente mencionado anteriormente, apoyo y aliento su participación en la actividad física como parte de su bienestar. Entiendo que CFLF no está promoviendo ninguna forma de interacción entre los pacientes con FQ, y los fondos que se solicitan son estrictamente para fines individuales de promover la recreación como una medida adicional de la limpieza de las vías respiratorias. Siento que él / ella es un excelente candidato para recibir una Beca de Recreación a través del CFLF.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2022

Fecha del proveedor de atención de LA FQ (firma)