



# CFLF

**Cystic Fibrosis  
Lifestyle Foundation**

*Living STRONGer, Living Longer*  
**#STROLO**

## Solicitud de subvención de recreación 2023

### 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 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

## Antecedentes de Loretta Morris Memorial Fund



El **Loretta Morris Memorial Fund** se estableció en 2010. El Fondo fue creado por su hermana, Barbara Morris Harison con el objetivo de proporcionar Recreation Grants para ayudar a las personas que viven con FQ a tener un estilo de vida activo. Loretta nació el 31 de marzo de 1950 y murió de FQ a la edad de 21 años. A pesar de su enfermedad, disfrutaba de las actividades recreativas de montar a caballo y bailar, y también era una ávida lectora. Ella asistía a la Universidad Estatal de California en Northridge en el momento de su muerte.

62 amigos y familiares han apoyado el Loretta Morris Memorial Fund. El Memorial Fund ha otorgado 165 subvenciones desde 2010, cuando se estableció el Fondo con Cystic Fibrosis Lifestyle Foundation (CFLF). El total de fondos desembolsados para las subvenciones asciende a

75.600 dólares.

La beneficiaria más joven de la subvención del Loretta Morris Memorial Fund tenía solo nueve meses y la receptora más vieja tenía 54 años. El propósito principal del fund es proporcionar grants para actividades recreativas disfrutadas por Loretta y Barbara, es decir, paseos a caballo, danza, natación acuática y golf. Se consideran y se han concedido subvenciones para otras actividades. A los residentes de California se les da preferencia, pero se han otorgado subvenciones a pacientes con FQ de todo Estados Unidos.

Los comentarios de grant recipients demuestran los beneficios de la recreación y el ejercicio para estilos de vida saludables.

### **Erick – 13 años - California - Natación**

*"Quiero aprender a nadar para divertirme con los miembros de mi familia cuando nadan. También me ayudará con mi fibrosis quística y me ayudará a respirar mejor".*

### **Lilly – Edad 11 - Ohio - Paseos a caballo**

*"Montar a caballo es genial para mí, ya que ejercita mis pulmones y mi espíritu. Me siento muy bien montando a caballo y agradezco su apoyo. Tu ayuda me da la oportunidad de perseguir lo que amo".*

### **Heidi – 4 años - Carolina del Norte - Danza**

*"Esta subvención permitirá a Heidi continuar con el baile en el equipo competitivo con sus amigos. Se ha convertido en una gran parte de su vida y proporciona muchas cosas además de la actividad física, como la construcción del carácter". - La mamá de Heidi*

### **Austin – 18 años - Kentucky - Golf**

*"Me encanta jugar al golf y siempre me aferro a algo que disfruto y nunca me doy por vencido".*

## Pautas de solicitud de subvención

- Debido a COVID-19, las solicitudes de equipos de ejercicio en el hogar también 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 por COVID en la página 9.
- Debido a la escasez de fondos disponibles, el CFLF no puede aprobar todas las solicitudes de Subvenciones de Recreación.
- Las solicitudes de subvención del Fondo Conmemorativo Loretta Morris se revisan de forma continua. Espere de 4 a 6 semanas para el procesamiento y la revisión.
- Las solicitudes de subvención del Fondo Conmemorativo Loretta Morris 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 a la vez.
- Las solicitudes **DEBEN** ser cocumplidas por la persona con FQ. Si un niño no puede escribir, el padre o tutor puede transcribir para ellos, pero los words deben provenir del solicitante.
- El CFLF pagará directamente por *las actividades* o *equipos* (dentro de los seis meses posteriores a la aprobación) a la empresa u organización de actividades de facturación. Los fondos, incluido el reembolso de actividades pasadas, NO se pagarán al beneficiario de la subvención.
- Si un solicitante es denegado, puede volver a solicitar la misma actividad, o diferente, con una nueva solicitud tan pronto como lo desee.
- Solo se puede otorgar un Grant de recreación por período de 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 fines internos solo para demostrar el impacto del programa y se mantendrá confidencial.

# Solicitud de subvención del

Fondo Conmemorativo Loretta Morris  
(Asegúrese de que TODAS las secciones de la solicitud estén llenas)

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / 2023

¿Ha solicitado un CFLF Recreation Grant en el pasado? No \_\_\_ Si \_\_\_

¿Alguna vez ha recibido un CFLF Recreation Grant? No \_\_\_ Si \_\_\_

• **Información del hogar:** (Opcional)

¿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 cicre uno: Hogar/Celular/Trabajo)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ \*DEBE ser una cuenta activa

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

• **Emergency Contact:**

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 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 permiso 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 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) de Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

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 , **por favor fotocopie o imprima esta página varias veces para cada actividad.** Recuerde que el monto total en dólares para todas las actividades no puede exceder los \$ 500.

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

\_\_\_\_\_

(es decir, natación, paseos a caballo, cinta de correr, etc.)

**Monto solicitado para actividad de equipo de ejercicio: \$** \_\_\_\_\_

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

**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:** \_\_\_\_\_

**Pueblo: 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:** \_\_\_\_\_

(Ex. 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  
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 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 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)

\_\_\_\_\_ / / 2023  
Fecha de firma del solicitante

\_\_\_\_\_ / / 2023  
Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años)Fecha

\*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.

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): \_\_\_\_\_

\* Complete la parte superior de esta página usted mismo, luego haga que su Provider de CF Care complete el resto de esta página y la siguiente página. 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

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 Subvenciones 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

**TAMBIÉN...**

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

Nombre: Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección: Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección: Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ :