



CFLF

**Cystic Fibrosis
Lifestyle Foundation**

Vivir STRONGer, Vivir más tiempo
#STROLO

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 realizando una actividad física (se prefiere la 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 E-mail a:

Grants@CFLF.org

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

PO Box 1565

Ronkonkoma, NY 11779

Pautas de solicitud de subvención

- Las solicitudes de Due a COVID-19 para equipos de ejercicio en el hogar se considerarán temporalmente.
Sin embargo, las solicitudes de equipo de ejercicio no se proporcionarán para una persona de apoyo entre pares. Hay un máximo de \$ 500 para todas las solicitudes de equipos de ejercicio, y los fondos solo se otorgarán a la persona con FQ. Si está solicitando una subvención para equipos de ejercicio, descargue y complete la "Solicitud de subvención individual" en: www.CFLF.org/grant-applications
- Para las solicitudes presentadas para una actividad específica (en lugar de equipo de ejercicio), la exención de responsabilidad en la página 9 DEBE ser completada, firmada y presentada con la solicitud, TANTO por el solicitante como por su persona de apoyo entre pares.
- Debido a la escasez de fondos disponibles, el CFLF no puede aprobar todas las solicitudes de Subvenciones de Recreación.
- 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.
- Los solicitantes solo pueden presentar un tipo de solicitud 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 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.
- **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 las actividades (dentro de los seis meses siguientes a la aprobación) a la empresa u organización de la actividad de facturación. Los fondos, incluido el reembolso de actividades pasadas, NO se pagarán al beneficiario de la subvención.
- 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.

Pautas de apoyo entre pares

Las subvenciones de recreación de CFLF son de hasta \$ 500 (para la persona con FQ) para actividades de recreación preaprobadas para personas con FQ. Incorporar a una persona de apoyo entre pares con su actividad de recreación proporciona \$ 500 adicionales (máximo) para que la persona de apoyo entre pares participe en la actividad con el destinatario.

Please señala que la aprobación de una subvención Peer Support se basa en los fondos disponibles en ese momento. Si se niega la solicitud de un solicitante para el financiamiento de Peer Support, se le negará la autorización automática para un Grant de Recreación Individual. CFLF notificará al solicitante para discutir estas opciones.

- Una **persona de "apoyo entre pares"** es un compañero menos formal que permite a un "mejor amigo" participar en actividades con el solicitante y actuar como un motivador para estar activo. Esta persona podrá ser incluida por el solicitante para acompañar al beneficiario en la actividad que elija. Se agregan hasta \$ 500 a la subvención para cubrir los costos de esta persona.
- Debido a que peer support Recreation Grant se ofrece a cubrir los gastos tanto para el destinatario como para un peer, se espera que esta persona participe durante la duración de la actividad.
- La persona de "Apoyo entre pares" debe estar dispuesta y ser capaz de acompañar al beneficiario de la subvención a su actividad elegida.
- Ejemplos de una persona típica de "Apoyo entre Pares" son:
 - Hermano
 - Amigo
 - Esposo
 - Socio
 - Pariente
- Hable con la persona elegida de "Apoyo entre pares" antes de presentar la solicitud para asegurarse de que estén disponibles y dispuestos a asumir este papel. Nuestro enfoque principal de esta opción de subvención es que la persona que solicita tiene a alguien en quien puede confiar para el apoyo, la motivación y el disfrute mutuo de la actividad elegida.

Solicitud de subvención de apoyo entre pares
(Asegúrese de que TODAS las secciones de la solicitud estén llenas)

Fecha: / / 2022

¿Ha solicitado un CFLF Recreation Grant en el pasado? No _____ Sí _____
¿Alguna vez ha recibido un CFLF Recreation Grant? No _____ Si _____

• **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 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 ____ / ____ / ____

• **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 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 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 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 \$ 1,000.

Tipo de actividad o deporte: _____

(es decir, membresía en el gimnasio, campamento de verano, clases de yoga, etc.)

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

Dirección de la empresa/organización: _____

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.)

Cantidad solicitada para usted: \$ _____

(\$500 máximo)

Cantidad solicitada para su persona de Peer Support: \$ _____

(\$500 máximo)

Cantidad total solicitada para USTED y su PERSONA DE APOYO DE PARES:

\$ _____ (Se requiere una cantidad EXACTA en dólares, hay un maximum de \$ 1,000)

INFORMACIÓN DE APOYO ENTRE PARES:

Nombre de la persona de apoyo entre pares: _____ DOB: ____ / ____ / ____

Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono: (____) _____

Información de la foto*

Describa a continuación de dónde y cuándo proviene la foto que está enviando con su solicitud, y la historia que describe lo que estamos viendo. (La foto enviada debe ser reciente y mostrar claramente al solicitante).

-Por favor, **NO** envíe faxes, grapas, cintas, pegamentos o escriba en fotos

-Por favor, no envíe fotos de la cabeza o fotos de grupo

-Copias digitales muy preferidas, por favor envíe un correo electrónico a Grants@CFLF.org con su nombre en la línea de asunto

- Tenga en cuenta que las fotos no serán devueltas y pueden ser utilizadas con fines publicitarios

Carta de referencia

(Opcional)

Si eligió que alguien escribiera una carta de referencia en su nombre, explique a continuación por qué eligió a esa persona:

(Continúe en una hoja separada si es necesario)

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 esto 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)

_____ / _____ / 2022
Fecha de firma del solicitante

_____ / _____ / 2022
Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años) Fecha

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 del solicitante : _____

Nombre del solicitante (impreso): _____

Firma de apoyo entre pares: _____

Nombre de soporte entre pares (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 de los padres (si es menor de 18 años): _____

Nombre de los padres (impreso): _____

Firma de los padres de apoyo entre pares (si es menor de 18 años): _____

Peer Support Parent Name (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: _____

Proveedor de atención de FQ (MD, NP, PA) (Página 1 de 2)
CFLF Recreation Grant- Solicitud de información

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): _____

Estimado proveedor de atención de la FQ,
Hemos recibido una solicitud del solicitante mencionado anteriormente para una subvención de recreación del CFLF. Parte de nuestro proceso de revisión de solicitudes es verificar con su CF Care Provider su estado de salud actual. 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.

La información que nos gustaría de usted:

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 proveedor principal de atención de 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 Recreation CFLF.

Fecha del proveedor de atención de LA FQ (firma)

Applicant's Name: _____ Applicant's DOB: _____
Applicant's chosen activity: _____

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.

CF Care Provider (Signature) / / 2022
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: ____ / ____ / ____

*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

Applicant's name: _____



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 _____ :