

## Información e instrucción para la solicitud

**La misión de la APDA: Cada día, ofrecemos el apoyo, la educación, e investigación que ayudarán a todos los afectados por la enfermedad de Parkinson a vivir la vida al máximo.**

**Asistencia del COVID-19:** La APDA ha recibido fondos para proveer asistencia a las personas con la enfermedad de Parkinson, que necesitan ayuda financiera por la crisis del Covid-19.

Una beca en efectivo hasta \$250 puede ser solicitado para ayudar con el costo de la comida o comestibles, costo de utilidades, y el alquiler o hipoteca de su casa, como se indica abajo. Los fondos son limitados y serán otorgados en orden de llegada. Para ser elegible para el programa, el aplicante debe tener un diagnóstico de Parkinson y debe proveer prueba del diagnóstico.

- **Costo de comida:** Ayuda con los gastos para los comestibles/restaurante para llevar o entrega a domicilio.
- **Costo de utilidades:** Asistencia para pagar las utilidades en el domicilio, como la electricidad, el agua, el gas, el petróleo, etc.
- **El alojamiento:** Subvenciona los gastos relacionados en pagar el alquiler o hipoteca.

**Para calificar para el programa de asistencia Covid-19, el aplicante esta de acuerdo con lo siguiente:**

1. Las reglas y los requisitos de esta beca y solicita ayuda de la APDA.
2. Proveer la confirmación de un diagnóstico de Parkinson o Parkinsonismo.
3. Reside en la comunidad, no en un centro de rehabilitación o residencia de ancianos.
4. Costos adicionales más de lo que la beca ha otorgado, son la responsabilidad de el aplicante.
5. El aplicante/cuidador son responsables de escoger los proveedores para los programas o servicios que esta beca fue creada y que la APDA no asume responsabilidad por su elección de proveedor.
6. Proporcionar copias de recibos/facturas a la APDA para el propósito de esta beca si son requeridos.

Instrucciones:

1. Rellene la aplicación para la asistencia del Covid-19
  - Envíe por correo o por correo electrónico con la documentación:  
American Parkinson Disease Association  
Attn: Emily Ciorciari  
135 Parkinson Ave.  
Staten Island, NY 10305
  - O por correo electrónico a: Emily Ciorciari [eciorciari@apdaparkinson.org](mailto:eciorciari@apdaparkinson.org)
2. Las solicitudes serán revisadas de manera en que sean recibidas y de acuerdo la disponibilidad de fondos. El programa está sujeto a cambios sin previo aviso.

Para información sobre el Parkinson o sobre recomendaciones para servicios en su comunidad, por favor de ponerse en contacto con la APDA [apdaparkinson.org/resources-support/en-espanol/](https://apdaparkinson.org/resources-support/en-espanol/) o llamar a la línea de ayuda al 800-223-2732.

## Aplicación

Nombre completo del aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Año del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nombre completo del cuidador/a (si aplicable): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: Aplicante \_\_\_\_\_ Cuidador/a \_\_\_\_\_

Correo electrónico: Aplicante \_\_\_\_\_ Cuidador/a \_\_\_\_\_

¿Ha aplicado para esta beca anteriormente o ha sido otorgado otro tipo de ayuda financiera de la APDA?

Yes  No

### Confirmación del diagnóstico:

Actualmente estoy bajo el cuidado médico y tengo un diagnóstico de Parkinson o Parkinsonismo.

Nombre del médico (por favor letra de molde): \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica u hospital \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** El sello del médico debe estar en la solicitud, o una carta del médico tiene que acompañar la solicitud, confirmando el diagnóstico del aplicante y con la firma del médico.

La carta del médico, o

El sello del médico →

### Si la carta o el sello del médico no están disponibles:

Estoy de acuerdo que, al proveer el nombre y el contacto de mi médico, yo confirmo mi diagnóstico de Parkinson o Parkinsonismo and doy permiso de verificar mi diagnóstico con mi médico si es necesario.

Cantidad pedida: \$ \_\_\_\_\_ (Poner cantidad) No más de \$250 pago único se puede otorgar.

### Esta beca es para ser usada para lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

Costo de comida/comestibles

Utilidades

Alojamiento/hipoteca

**Descarga de Responsabilidad:** En mi nombre, mis herederos, sucesores, cesionarios, por o presente libero, indemnizo, exoneró a la APDA, sus funcionarios, directores, empleados y agentes contra cualquier daño, muerte, reclamos, deudas, pérdidas, costos, y gastos derivado de o relacionado con mi participación en este programa. Tengo la intención de que este comunicado sea efectivo, independientemente de si el reclamo de responsabilidad se afirma por negligencia, responsabilidad estricta en agravio u otra teoría de recuperación.

Al escribir mi nombre y enviar esta aplicación electrónicamente, afirmo que mis respuestas son correctas.

\_\_\_\_\_  
Firma del aplicante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cuidador/a (si aplicable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PARA USO POR LA APDA EXCLUSIVAMENTE:

Date received: \_\_\_\_\_ Date approved: \_\_\_\_\_ Amount Approved \$ \_\_\_\_\_

All application requirements received:  Yes  No Date scholarship payment was issued: \_\_\_\_\_