

*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.*

La APDA en Arizona ahora ofrece un programa de becas que proporciona asistencia financiera a personas con la enfermedad de Parkinson que enfrentan dificultad en cubrir servicios y actividades enumerados a continuación. Los aplicantes que son aprobados serán concedido hasta \$300 una vez por año de calendario (Enero-Diciembre). Los fondos son limitados y serán otorgados en orden de llegada.

Las solicitudes de becas se revisan de forma continua y los solicitantes serán notificados dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción. Las becas se otorgan por orden de llegada y se basan en la disponibilidad

### **GUIAS DE ELIGIBILIDAD:**

Para calificar para este Programa de Becas de Parkinson, el solicitante:

- Complete y envíe la solicitud completa
- Dar fe de tener un diagnóstico de enfermedad de Parkinson o parkinsonismo
- Comprenda que este programa está destinado a apoyar a las personas con enfermedad de Parkinson que necesitan asistencia financiera.
- Residir dentro del estado de Arizona
- Residir en la comunidad, no en un centro de rehabilitación o centro de atención a largo plazo, de enfermería especializada.

### **Instrucciones:**

1. Llene la aplicación para Programa de Apoyo Financiero
2. Puede enviar por correo o por correo electrónico con la documentación:

PO Box 5447  
Yuma, AZ 85366

[Lesquer@APDAParkinson.org](mailto:Lesquer@APDAParkinson.org)

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros en [lesquer@APDAParkinson.org](mailto:lesquer@APDAParkinson.org) o 928-200-1192 o favor de ponerse en contacto con la línea de ayuda gratuita al 800 223-2732 (en español).

**Información de Aplicante y Cuidador**

(El o la aplicante tiene un diagnóstico de Parkinson o Parkinsonismo)

Nombre completo del aplicante: \_\_\_\_\_

Para aprender un poco más de las personas que servimos,  
por favor de proveer lo siguiente del aplicante : fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Año del diagnóstico \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador (si aplicable): \_\_\_\_\_

Relación del cuidador con el aplicante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: Aplicante \_\_\_\_\_ Cuidador \_\_\_\_\_

Correo electrónico: Aplicante \_\_\_\_\_  
Cuidador \_\_\_\_\_

**Cantidad de Solicitud: \$ \_\_\_\_\_**

(Indique la cantidad solicitada pero no más de \$300) Una vez por año del calendario (Enero-Diciembre) puede ser otorgado.

Ha aplicado para esta beca anteriormente o ha sido otorgado otro tipo de ayuda financiera de la APDA?  Si  No

**Consentimiento del Aplicante**

**El solicitante entiende y acepta (marque cada casilla):**

- A las pautas y requisitos de este programa
- Que el solicitante / socio de atención es el único responsable de elegir el proveedor para los programas, servicios y/o actividades para los que se pretende utilizar esta beca y que APDA no asume ninguna responsabilidad por la elección del proveedor.
- Que cualquier gasto adicional más allá de la cantidad aprobada será responsabilidad exclusiva del solicitante.

**Descarga de Responsabilidad:** En mi nombre, mis herederos, sucesores y cesionarios, por lo presente libero, indemnizo y exonero 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.

El aplicante y el cuidador(alguien que legalmente está autorizado para firmar por el aplicante), si es aplicable, debe firmar o debe marcar indicando su acuerdo con las reglas y requisitos mencionados encima.

The applicant and, if applicable, a care partner (or someone who is legally authorized to sign on his/her behalf) must sign or make some mark indicating their agreement of the guidelines and requirements as mentioned above.

\_\_\_\_\_  
Firma del Apicante

Haga clic aquí para la fecha  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cuidador (Si es aplicable)

Haga clic aquí para la fecha.  
Fecha

**PARA USO POR LA APDA EXCLUSIVAMENTE:**

Date received: [Click here to enter a date.](#)

Date approved: [Click here to enter a date.](#)

All application requirements received: [Choose an item.](#)

Amount Approved: \$

Date scholarship payment was issued: [Click here to enter a date.](#)

2020-v3.0