

Solicitud y financiación del subsidio

1 Datos del paciente afectado (Paciente)

Apellidos, nombre: _____
Sexo: femenino masculino diverso nacionalidad: _____
Fecha de nacimiento (día, mes, año): _____ país de nacimiento y lugar: _____
Edad: _____ profesión: _____
Dirección: _____
Correo electrónico: _____ teléfono: _____

2 Datos de las personas a las que les pertenece la casa (Padres, esposo/a, hermanos, hijos ...)

Apellidos/Nombres	Fecha de nacimiento	Escuela/formación/profesión
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3 Necesidad financiera: Ingreso mensual de las personas que pertenecen a esa casa (salario, pensión, prestaciones sociales, subsidio familiar...)

	Afectado	esposa/ Compañero	padres	hijos	otras personas
Ingresos mensuales	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Suma total					_____ €

4 Gastos médicos anuales extraordinarios ...

para _____ €
para _____ €

5 Nosotros, el hospital _____ confirmamos que la persona afectada o su familia se encuentran en situación de necesidad financiera.

Fecha: _____
_____ (Firma del hospital)

También puede adjuntarse una confirmación de una autoridad.



6 Diagnóstico y tratamiento previsto

7 Datos de contacto del hospital y del médico responsable (nombre/localización/correo electrónico):

8 Se aprueba la solicitud

Fecha: _____

(Firma del hospital)

Por favor, envíe la solicitud con 2 buenas fotos preoperatorias y 2 buenas fotos postoperatorias del paciente en alta calidad (al menos 1 MB de tamaño, preferiblemente sonriendo, de cara completa).

Tenga en cuenta lo siguiente: En caso de cirugía de cataratas, se requiere más información. Póngase en contacto con nosotros en este caso: www.help-wirhelfen.de

Declaración sobre la financiación del tratamiento médico

Yo declaro que el fomento de las medidas financieras no sobrepasan el 100% de los costos totales incurridos. El presupuesto médico está adjunto. Yo aseguro que las informaciones proporcionadas son exactas al leal saber y entender.

Fecha: _____
(Firma del paciente o del titular del representante legal de menores de edad)

Consentimiento para el uso de documentos y fotografías

Yo,

(Nombre del paciente o del titular del representante legal de menores de edad)

afirmo que Help! – Wir helfen! e. V. (e. V. = sociedad registrada) recibe el derecho y la autorización absoluto e irrevocable de usar las fotografías, radiografías e información del paciente etc., que de mí o del paciente a través de Help! – Wir helfen! e. V. o del delegado para eso (empleados del hospital, médicos etc.) fueron elaboradas o que he puesto a disposición, que se utilizarán como sigue:

- a) Publicarlas bajo su propio nombre o cualquier otro nombre elegido con los derechos de autor Help! – Wir helfen! e. V.
- b) Para utilizar las fotografías también repetidamente para su publicación en el mismo o cualquiera otra relación, individualmente o junto con otras fotografías en los medios de comunicación (impresión, internet, etc.) para la ilustración de informaciones y para fines publicitarios o de publicidad, sin limitarse a esto. Estoy de acuerdo de que mi nombre será mencionado en todo tipo de publicaciones.
- c) Para transmitir las fotografías y las informaciones hechas por mí para exámenes a terceros – también electrónicamente – y también para almacenarlas en forma electrónica.

Renuncio expresamente a todas las reclamaciones y derechos, que tengo de ello, ante Help! – Wir helfen! e. V. y las personas que hicieron las fotografías e informes y que los utilizan en nombre de Help! – Wir helfen! e. V. para propósitos de la asociación.

Libero las fotos y los informes para el uso a través de Help! – Wir helfen! e. V. Esto también es válido para las fotos e informes que otras instituciones (médicos/hospitales, etc.) hicieron o dejaron hacer como por ejemplo radiografías y/o fotos de ultrasonido. etc.

He leído esta declaración y he entendido completamente su contenido.

(Lugar y fecha)

(Nombre en letra de imprenta) _____
(Firma del paciente o del representante legal de menores de edad)