



Return Completed Grant Application to:
 Children's Miracle Network Hospitals
 Salinas Valley Memorial Hospital Foundation
 P.O. Box 4760 Salinas, CA 93912
 Fax: 831-759-1833 | Phone: 831-759-3017
 Email: acisneros@svmh.com

MEDICAL NEEDS GRANT APPLICATION

Children's Miracle Network Hospitals (CMNH) Program at SVMHS

Date: _____

Child's Name: _____ Birthdate: _____ Age: _____

Address: _____ City: _____ ST: _____ Zip: _____

Name of Parent/Guardian: _____

Address: _____ City: _____ ST: _____ Zip: _____

Telephone: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Additional family members living in household:

<u>Name</u>	<u>Relationship</u>	<u>Age</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Use reverse side for additional members)

Doctor's Name and Phone Number: _____

****Please attach a statement of medical need or medical benefit from a licensed care provider**

Type of Need: Medical Dental Therapy Other (explain): _____

Type of Service: Equipment Inpatient Outpatient Emergency

Amount requested: \$ _____ Purpose of funding (attach additional sheets if necessary): _____

****Attach a quote from the applicable provider or vendor**

Income Statement: Include wages, Social Security, State/Federal Assistance, etc, for all members of household. ****Please attach the summary sheet from your prior year's tax return (SSNs may be redacted)**

Total Household Income: \$ _____ / month

Potential pay source: Private Insurance Medi-Cal CCS None Other _____

- I approve the release of medical records for the above child in order to consider this request.
- I am willing to share my child's story and/or photo to aid in future fundraising efforts for CMNH. **(Optional, this does not affect funding decision)** If checked, a CMNH representative will contact you for additional information.
- I am affiliated with a CMN Hospitals Corporate Partner (Partner Name: _____)

Signature of Parent or Guardian _____ Date: _____



Devolver la solicitud de subvención completada a:
 Children's Miracle Network Hospitals
 Salinas Valley Memorial Hospital Foundation
 P.O. Box 4760 Salinas, CA 93912
 Fax: 831-759-1833 | Teléfono: 831-759-3017 Correo
 Electrónico: acisneros@svmh.com

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA NECESIDADES MÉDICAS
 Programa de Children's Miracle Network Hospitals (CMNH) en SVMHS

Fecha: _____

Nombre de niño/niña: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de padre/guardián: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Familiares adicionales que residen en el hogar:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Edad</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Utilice el reverso para miembros adicionales)

Nombre del médico y número telefónico: _____

****Adjunte una declaración de necesidad médica o beneficio médico de un proveedor de cuidado de salud con licencia**

Tipo de necesidad: Médica Dental Terapia Otro (explique): _____

Tipo de servicio: Equipo Paciente interno Paciente externo Emergencia

Cantidad solicitada: \$ _____ Propósito de la financiación (si es necesario, adjunte hojas adicionales): _____

****Adjunte el presupuesto del costo de parte del proveedor**

Declaración de salario: Incluye Seguro Social, Asistencia Estatal/Federal, etc., de todos los miembros de su casa.

****Por favor adjunte una hoja de resumen de declaración de impuestos del año interior (números de seguro social pueden ser redactados)**

Ingreso total del hogar: \$ _____ / mes

Fuente de pago potencial: Seguro Privado Medi-Cal CCS Ninguno Otro _____

- Yo autorizo la liberación de los registros médicos del niño mencionado en este documento para la consideración de esta solicitud.
- Yo estoy dispuesto a compartir la historia de mi hijo o fotografía para ayudar con los esfuerzos de recaudación de fondos de CMNH. **(Opcional, esto no afecta la decisión de financiación)** Si marca la casilla, un representante de CMNH se comunicara con usted para obtener más información.
- Yo estoy afiliado a un CMN Hospitals socio corporativo (Nombre del socio: _____)

Firma de Padre o Guardián _____ Fecha: _____