



Formulario de solicitud de Sueño

Estimado solicitante de Sueño:

En Dream Foundation nos sentimos orgullosos de poder ofrecerle una esperanza en los momentos difíciles. Creemos que todos merecemos tener un último deseo, y hacemos todo lo posible para cumplir los sueños de las personas que no pueden hacerlo por sí mismas.

Somos una organización nacional sin fines de lucro ubicada en Santa Bárbara, California. Recibimos cientos de solicitudes de todo el país y revisamos cada solicitud de Sueño lo más rápido posible. Trabajando juntos, con personas que ayudan a otras personas, haremos todo lo posible para que su sueño se haga realidad.

Ayúdenos a ayudarle a que su sueño se haga realidad...

- Si está bajo el cuidado de hospicio, por favor haga que su representante entregue una solicitud de hospicio.
- Por favor lea este formulario cuidadosamente y siga todas las instrucciones para completar los pasos necesarios para que su sueño se haga realidad.
- Si tiene preguntas, vaya a nuestra sección de Preguntas Frecuentes. Ahí encontrará muchas respuestas.
- Una solicitud incompleta podría retrasar su solicitud, por favor envíe toda la información que le pedimos.

Lamentamos no poder conceder los siguientes tipos de sueños:

- Solicitudes para adultos con enfermedades crónicas, con la excepción de individuos con un pronóstico clínico de 12 meses o menos
- Sueños sorpresas
- Asistencia legal
- Solicitudes de ir a cazar
- Arreglos funerarios o solicitudes póstumas
- Tratamiento médico / materiales / equipo / transporte
- Solicitudes para individuos que viven fuera de los EE.UU
- Cruceros
- Dinero en efectivo
- Reembolso por sueños cumplidos
- Automóviles, ascensores, reparación y alquiler de vehículos RV
- Propiedades y mejoramientos/reparaciones al hogar
- Viajes fuera de los EE.UU
- Cualquier sueño considerado ofensivo, inapropiado o incompatible con los valores de nuestra fundación o nuestros socios corporativos.

Lea y siga las siguientes instrucciones cuando escriba la carta en la que describe su sueño, e incluya una fotografía

Como parte de su solicitud de Sueño, le pedimos que nos envíe una fotografía y una carta personal escrita por usted, por un miembro de su familia o por un amigo cercano en la que describe su sueño y una opción alternativa. Describa la razón por la que necesita nuestra ayuda y la importancia que tiene este sueño para usted. Queremos que nos cuente POR QUÉ este sueño es importante y CÓMO este sueño le proporcionará una mayor sensación de consuelo y satisfacción.

Su carta:

- 1) NO DEBE TENER MÁS DE una (1) página de extensión.
- 2) Debe hacer referencia a la enfermedad que usted padece.
- 3) Debe describir su sueño – sea específico; en los sueños que incluyen a familiares directos (los que viven en el mismo hogar), incluya sus nombres y edades.
- 4) Debe estar acompañada por la solicitud completa y una fotografía. (Si recibimos una solicitud incompleta, no será procesada hasta que se reciba toda la información requerida.)

Paso 1- Requisitos de la Solicitud:

Por favor incluya una fotografía, su carta personal y una copia de su declaración de impuestos (que se describe con más detalles abajo).

Fotografía: Debe ser clara y reciente (tomada hace no más de un año). Se puede incluir a la familia, a las mascotas, etc.

Carta: Su carta debe:

- No ser más larga que una página de un sólo lado, y referirse a la enfermedad con la que usted está luchando.
- Claramente describir su sueño y en dónde necesita más ayuda para cumplirlo.

Ingresos anuales: Por favor, proporcione una copia de la página que contiene su firma de su declaración de impuestos más reciente (formulario 1040) u otro comprobante de ingresos anuales (por ejemplo, SSI, Informe de Incapacidad o estado de cuenta bancaria)

Paso 2- Información General:

Nombre del soñador: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ County: _____

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono Celular (____) _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Origen étnico (opcional): _____
(Debe ser mayor de 18)

Veterano Militar: Sí ____ or No ____ Sucursal y Fecha de Servicio: _____

Clubes, organizaciones o iglesias de las cuales eres miembro (opcional): _____

Género: _____ Recomendado por: _____

Empleador más reciente: _____ Ingresos del hogar más recientes: _____

Otra persona de contacto: _____ Relación con el solicitante: _____

Teléfono: (____) _____

Domicilio: _____

(Incluyendo ciudad/ estado/ código postal si es diferente del anterior)

Solicitud de Sueño: _____

Solicitud de sueño alternativo: no puede estar relacionado de ninguna manera con el primer sueño:

(Si no aparece ningún sueño alternativo, se llevará a cabo únicamente la petición del sueño primario)

¿Ha recibido el solicitante un sueño por otra organización? _____ Sí _____ No

¿Tiene el solicitante, o uno de los participantes en el sueño, una tarjeta de crédito?
VISA ____ M/C ____ Otra _____ _____ Sí _____ No

¿Tiene el destinatario, o uno de los participantes en el sueño, una licencia o
identificación válida? _____ Sí _____ No

¿Se presentó una solicitud o hay una pendiente con otra organización de deseos?
Si sí, ¿ Dónde? _____ _____ Sí _____ No

Paso 3- Solicitud de Sueño: Nombre del soñador: _____

Solicitud de Sueño: _____

Solicitud de sueño alternativo (no puede estar relacionado de ninguna manera con el primer sueño):

(Si no aparece ningún sueño alternativo, se llevará a cabo únicamente la petición del sueño primario)

Familia, cónyuge, cuidador y niños menores de 18 años que viven en el hogar del solicitante:

PARTICIPANTE/ NOMBRE DE NIÑO: SEXO: RELACIÓN: EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Paso 4 - Información Médica:

Firma del soñador: _____

Esta parte debe ser completada por un médico

Nombre del Médico: _____

Domicilio del Médico: _____

(Incluyendo Ciudad/Estado/Código postal)

Teléfono: (_____) _____ Número de Fax: (_____) _____

Si el paciente está bajo el cuidado de hospicio - Nombre del Hospicio: _____

Teléfono: (_____) _____

(Una aplicación de hospicio más rápida y eficaz está disponible para los trabajadores sociales en nuestra página web

www.dreamfoundation.org)

Diagnóstico del solicitante: _____

Expectativa de vida en MESES: _____

Mediante esta firma, certifico que soy el médico responsable de la atención, o el representante de Hospice (el centro de cuidados paliativos), del solicitante. Según mi leal saber y entender, mi paciente tiene una esperanza de **vida de doce meses o menos** y posee la capacidad mental requerida para firmar documentos legales. He discutido (o voy a discutir) la solicitud de Sueño con mi paciente y considero seguro y razonable que lleve a cabo su sueño si se le concede dentro de los próximos tres meses.

Firma del Médico

Título

Fecha

Lea y siga las instrucciones siguientes atentamente para la autorización de publicidad.

Si su sueño es aceptado, Dream Foundation necesitará su permiso para usar su historia y/o fotografía en uno o más de los medios que se enumeran abajo. Le pedimos que marque todas las opciones que usted acepta. Si usted elige aceptar todas las opciones esto será muy útil para Dream Foundation, ya que esto ayuda a generar conciencia y a recibir donaciones para su sueño.

Dream Foundation respeta la privacidad de las personas y sólo usará el nombre de un 'soñador' cuando use su historia y/o fotografía. Si desea que tengamos alguna consideración especial, explíquelo con claridad a su coordinador de sueño cuando éste se ponga en contacto con usted.

Marque las opciones correspondientes que acepta:

Periódico, radio, TV locales

Periódico, radio, TV estatales

Circular de Dream Foundation

Sitio Web de Dream Foundation

Correo directo de Dream Foundation

Todos los anteriores

Nota : Si usted marcó alguno de los medios anteriores, deberá seleccionar y colocar sus iniciales en la Opción 1 del Formulario de Acuerdo de Sueño que se adjunta.

No usen mi historia ni mi fotografía en ninguno de los medios mencionados arriba.

Paso 5- Acuerdo de Sueño :

1. Realización del sueño. Dream Foundation (TDF) acepta cumplir el Sueño de la persona identificada arriba (el "Soñador") de acuerdo con los términos y condiciones de este Acuerdo. Dream Foundation se reserva el derecho, a su solo criterio, de decidir si cumplirá o no un sueño. *Dream Foundation cumple los pedidos de sueños sólo para el 'soñador' y sus familiares directos que viven en el mismo hogar.

2. Permiso para divulgar la enfermedad. El 'Soñador' otorga a DF el derecho de divulgar la naturaleza de su enfermedad en la medida que sea necesario para la realización del sueño. Además, el 'Soñador' otorga permiso a DF para obtener información médica sobre el 'Soñador' que DF pueda considerar necesaria para la realización del sueño y autoriza a todos los médicos y prestadores de atención médica a proporcionar a DF toda la información médica. _____ **[Iniciales]**

3. Exención. Por el presente Acuerdo el 'Soñador' renuncia a todos los derechos que pudiera tener o pudiera adquirir con posterioridad a la celebración del presente Acuerdo contra Dream Foundation, sus funcionarios, directores, agentes y empleados, resultantes de una lesión, daño o pérdida sufridos por el 'soñador', familiares, amigos o cualquiera de ellos, que surjan o estuvieran de alguna manera relacionados con la preparación, la ejecución o la realización del Sueño por parte de DF, sin importar si dicha pérdida o daño es causado por negligencia activa, pasiva o grave de DF o de cualquier otra persona. _____ **[Iniciales]**

4. Exención. El 'Soñador', sus familiares o amigos, juntos y cada uno de ellos en forma individual, por el presente liberan y eximen para siempre a Dream Foundation, sus funcionarios, directores, agentes y empleados de todo reclamo, acción legal, daño o pérdida resultante o de algún modo relacionado con la preparación, la ejecución o la realización del Sueño por parte de Dream Foundation y que haya sufrido el 'Soñador', sus familiares o amigos, o cualquiera de ellos, de cualquier naturaleza y alcance, sin importar si dicha pérdida o daño es causado por negligencia activa, pasiva o grave de DF o de cualquier otra persona. _____ **[Iniciales]**

5. Indemnización. El 'Soñador', sus familiares o amigos, juntos y cada uno de ellos en forma individual, por el presente acuerdan indemnizar y eximir de responsabilidad a Dream Foundation, sus funcionarios, directores, agentes y empleados por las pérdidas sufridas por Dream Foundation, sus funcionarios, directores, agentes y empleados como resultado de cualquier reclamo, acción legal o demanda resultante o de algún modo relacionado con la preparación, la ejecución y la realización del Sueño por parte de Dream Foundation, o por la violación por parte del 'Soñador', sus familiares o amigos de las representaciones y garantías contenidas en el párrafo 6 de este acuerdo. Esta indemnización y exención de responsabilidad incluye, pero no está limitada a, los honorarios razonables del abogado y los costos en los que hubiera incurrido DF, sus funcionarios, directores, agentes y empleados para conservar abogados de elección de DF en defensa de reclamos, acciones legales y demandas. _____ **[Iniciales]**

6. Parientes/ Amistades. Ninguna persona podrá acompañar al beneficiario durante el cumplimiento del sueño, a menos de que haya específicamente un acuerdo por escrito entre DF y el destinatario del sueño.

7. Gastos del sueño. Los gastos que DF ha aceptado pagar son los gastos previsibles que están directamente relacionados con la realización del sueño. El 'Soñador', sus familiares o amigos juntos entienden que es posible que deban incurrir en gastos sustanciales como resultado de eventos imprevistos o de circunstancias que van más allá del control de DF, especialmente si la realización del Sueño incluye viajes. DF no tendrá ninguna responsabilidad por los gastos en los que deba incurrir el 'Soñador', sus familiares o amigos que no hayan sido asumidos expresamente por DF de conformidad con este Acuerdo y que hayan sido causados por eventos imprevistos o por circunstancias que van más allá del control de DF. Por ejemplo, un Sueño particular puede contemplar que el 'Soñador' pague ciertos gastos específicos durante un período de tiempo específico mientras el 'Soñador' esté de viaje lejos de su hogar. Si la enfermedad del 'Soñador' se agrava de modo tal que sea necesario hospitalizado de inmediato, el 'Soñador' puede tener que permanecer lejos de su hogar por un período de tiempo mayor que el que contempla el deseo. En dicho caso, será responsabilidad exclusiva del 'Soñador' pagar todos los gastos que superen los gastos que Dream Foundation ha aceptado pagar, sean estos gastos médicos o gastos de alojamiento y comidas, incluidos los gastos de hospitalización o de otros bienes y servicios de cualquier índole. **Si la muerte ocurre durante el sueño, DF no es capaz de ayudar en ninguna manera.**

Acuerdo de sueño Página 2

8. Recaudación de fondos. Como participante del programa Dream Foundation, si es necesario es posible que se realice una campaña en su comunidad, con su consentimiento previo, para recaudar fondos y/o millas de viajero para hacer realidad su sueño. El dinero recaudado se utilizará para su sueño, hasta una asignación máxima que se describe en el punto 7. Los fondos o las millas recaudados que superen la asignación para su sueño se utilizarán para un sueño futuro.

Al colocar mis iniciales aquí, reconozco que he leído y entiendo las pautas que se describen arriba: _____

9. Representaciones y garantías. El 'Soñador', sus familiares o amigos, juntos y cada uno de ellos en forma individual, realizan las siguientes representaciones y garantías a DF :

- (a) que han revelado a DF su enfermedad en forma completa y fidedigna.
- (b) que notificarán a DF si, y cuando, la enfermedad del 'Soñador' se agrava en cualquier momento antes de la realización del Sueño.
- (c) que cuentan con, o durante la realización del Sueño contarán con, un seguro médico completo, que incluya toda la cobertura adicional que sea necesaria para la realización del Sueño; o que asumen el riesgo y la responsabilidad personal de no poseer el seguro médico adecuado.
- (d) que si la realización del Sueño incluye viajes, pueden hacerse cargo de la carga financiera que suponen los gastos sustanciales en los que tengan que incurrir personalmente como resultado de eventos imprevistos o de circunstancias que vayan más allá del control razonable de TDF (se explica con mayor detalle en el párrafo 7), o que asumen el riesgo y la responsabilidad personal por dichos gastos.
- (e) que el 'Soñador' no ha recibido previamente un sueño proporcionado por TDF o por otra organización benéfica que concede sueños.
- (f) que al solicitar a TDF que haga realidad el Sueño no están obediendo a, ni han recibido, asesoramiento o consejo por parte de TDF con respecto a la conveniencia o a los riesgos relacionados con el Sueño.

10. Terminación del sueño. Dream Foundation se reserva el derecho, a su solo y absoluto criterio, de cancelar la preparación o la realización del Sueño en cualquier momento posterior a la firma de este Acuerdo si DF determina que (a) la realización del Sueño pondrá en peligro la salud y la seguridad del 'Soñador' o de otras personas, (b) el 'Soñador' es o será incapaz de apreciar o utilizar los bienes, los servicios o las actividades relacionados con el Sueño, (c) se producen eventos o circunstancias que hacen que no sea práctico, prudente ni conveniente realizar el Sueño o continuar con él, o (d) el 'Soñador' ha violado algunas de las representaciones o garantías enumeradas en el párrafo 8 de este Acuerdo. En caso de que DF cancele la preparación o la realización del Sueño, el 'Soñador', sus familiares y amigos aceptan que DF no será responsable de los gastos en los que el 'Soñador', sus familiares y amigos puedan haber incurrido en contemplación de la realización del Sueño por parte de DF. **NOTA : Sólo Dream Foundation puede realizar un pedido de recursos en nombre de un sueño. Si el 'soñador', familiares, amigos o alguna persona que tenga conocimiento de este sueño utilizan el nombre de Dream Foundation para solicitar apoyo, el sueño quedará inmediatamente descalificado y terminado.**

11. Garantías adicionales. El 'soñador', sus familiares y amigos aceptan que, a petición de DF, tramitarán y entregarán a DF todos los documentos que Dream Foundation considere necesarios o apropiados para la preparación, la ejecución y la realización del sueño.

12. Contrapartes. Este Acuerdo puede ejecutarse por contrapartes, y cada una se considerará como el documento original.

13. Enmienda. Este Acuerdo no será modificado ni sustituido, excepto por un escrito presentado por las partes.

14. Ley vigente. Las leyes del estado de California gobernarán este Acuerdo sin tomar en cuenta su conflicto de principios legales.

15. Efecto de obligatoriedad. Este Acuerdo es obligatorio para todos los herederos, sucesores, representantes y personas asignadas de todas las partes que lo firman.

16. Indivisibilidad. Si se determina que alguna parte de este Acuerdo no es válida o aplicable, las demás partes permanecerán válidas y aplicables.

17. Acuerdo integral. Este Acuerdo constituye el Acuerdo integral y el entendimiento de las partes con respecto a la transacción contemplada en el mismo, y sustituye a todos los acuerdos, arreglos y entendimientos anteriores relacionados con el tema. Ninguna de las partes del presente Acuerdo ha realizado una representación, promesa, incentivo ni declaración de intención que no esté incluida en este Acuerdo; y ninguna de las partes estará obligada a ni será responsable por una supuesta representación, promesa, incentivo o declaración de intención que no esté establecida o a la que no se haga referencia en el presente Acuerdo.

18. Títulos. Los Títulos que aparecen en este Acuerdo sólo sirven a los fines de conveniencia y facilidad de referencia. No describen, limitan ni extienden de ningún modo este Acuerdo ni ninguna de sus disposiciones.

19. Prueba de dificultad financiera. El 'Soñador' entiende que TDF se reserva el derecho de solicitar documentación que pruebe la existencia de una dificultad financiera.

20. Otorgamiento de derecho de publicidad. LOS PARTICIPANTES ENTIENDEN Y ACEPTAN QUE LA REALIZACIÓN DEL DESEO PUEDE GENERAR PUBLICIDAD, INDEPENDIEMENTE DE QUE DREAM FOUNDATION TOME MEDIDAS ACTIVAMENTE PARA HACER PÚBLICO EL DESEO.

OPCIÓN 1: El 'Soñador' y los participantes por el presente Acuerdo autorizan irrevocablemente a Dream Foundation:

- (a) a difundir y utilizar imágenes, voces y características de los participantes, con o sin sus nombres, para toda publicación, promoción, negocio, uso comercial o cualquier otro propósito;
- (b) a fotografiar, grabar en video, filmar y grabar a cada participante de cualquier manera que Dream Foundation determine conveniente;
- (c) a obtener derechos de propiedad intelectual, comunicar o distribuir de otro modo, ahora o en el futuro, dicho material relacionado con los participantes para cualquier propósito a cualquier persona, incluido el público en general, revistas, periódicos, televisión, estaciones de radio o a cualquier otra parte;
- (d) a difundir, ahora o en el futuro, los nombres de los participantes, incluida la información relacionada con ellos, su estado físico o emocional y los detalles de cualquier deseo concedido.

El 'Soñador' y cada uno de los participantes aceptan que no es necesario que TDF u otra parte se comuniquen con ellos antes de divulgar la información autorizada por este documento. Cada uno de los participantes por el presente libera a Dream Foundation de toda responsabilidad, daño o reclamo de cualquier tipo resultante de, o que surja del uso, la distribución o la divulgación de fotografías, películas, cintas de video, grabaciones electrónicas u otra información relacionada con los Participantes y con el sueño.

Coloque sus iniciales aquí si selecciona la Opción 1: _____
(TODOS los participantes deben incluir sus iniciales)

OPCIÓN 2: El 'Soñador' y los participantes solicitan que Dream Foundation no difunda el sueño activamente en los medios de comunicación y al público en general. Sin embargo, cada uno de los participantes entiende que la información relacionada con el Sueño y los participantes será necesariamente analizada con y divulgada a las partes que participan en el proceso del sueño. Cada uno de los participantes también entiende que, aunque Dream Foundation no difunda activamente el Sueño, el público en general y los medios de comunicación pueden obtener información relacionada con el sueño de otras fuentes.

Coloque sus iniciales aquí si selecciona la Opción 2: _____
(TODOS los participantes deben incluir sus iniciales)

IMPORTANTE : Al firmar abajo, usted afirma y reconoce que ha leído este Acuerdo, que recibió una copia de él y que comprende íntegramente las disposiciones que se establecen en él. Todos los participantes deben firmar el Acuerdo. Para los participantes menores de edad, la firma de sus padres es al mismo tiempo en nombre del guardián y en nombre del menor.

El Soñador Fecha

Participante del sueño Fecha

Participante del sueño Fecha

Participante del sueño Fecha

Participante del sueño Fecha

Participante del sueño Fecha

Participante del sueño Fecha

FORMULARIO DE HIPAA

Autorización para el uso y divulgación de la información de salud protegida

PARA: _____

(Médico)

(Domicilio del médico)

(Número de teléfono del médico)

RE: _____

(Nombre del paciente -en letra de imprenta legible)

(Fecha de nacimiento del paciente)

Autorizo a Dream Foundation a utilizar y divulgar la información de salud protegida sobre el Paciente, según se describe a continuación:

Información que se puede utilizar y divulgar: Toda la información de salud protegida relacionada con las evaluaciones del Médico relativas a:

- (a) si el Paciente es médicamente elegible para recibir los servicios de Dream Foundation y;
- (b) si su deseo es médicamente apropiado. Además, el Médico está autorizado a completar, firmar y proporcionar a Dream Foundation los formularios que Dream Foundation le solicite, incluidos los formularios relacionados con la elegibilidad médica del Paciente, el deseo solicitado y las consideraciones médicas relacionadas con el mismo.

Personas autorizadas a utilizar y divulgar la información: El Médico que se identifica arriba y sus representantes autorizados.

Personas autorizadas a recibir la información: Empleados u otros representantes autorizados de:

DREAM FOUNDATION – 1528 CHAPALA ST. SUITE 304 SANTA BARBARA, CA 93101
805-564-2131 (teléfono) 805-564-7002 (fax) www.dreamfoundation.org

Propósito para utilizar o divulgar la información : Permitir a Dream Foundation obtener:

- (a) las evaluaciones del Médico acerca de si el Paciente es médicamente elegible para que Dream Foundation le conceda un deseo y, de ser así, si el deseo solicitado es médicamente apropiado; y
- (b) información pertinente relacionada con el mismo.

Fecha de vencimiento/evento : Esta autorización vence una vez que Dream Foundation haya cumplido el deseo del Paciente o se haya tomado la determinación final de que el Paciente no es elegible para recibir un deseo.

Declaraciones requeridas por HIPAA: De acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), reconozco lo siguiente:

- (a) Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al médico por escrito, excepto en la medida en la que ya se hayan llevado a cabo acciones sobre la base de esta autorización.
- (b) Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información descrita arriba no es un prestador de atención de la salud o no es parte de un plan de salud cubierto por las reglamentaciones de privacidad federales, dicha información ya no estará protegida por estas reglamentaciones y podría volver a ser divulgada por la persona o entidad que la recibe.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Representante del paciente

Firma del representante del paciente

Fecha

Instrucciones para el envío de la solicitud por correo

(El paquete completo de la solicitud debe incluir)

- _____ 1. El paso 1 de la solicitud completa y enviado junto con:
_____ La carta de solicitud de no más de una página de extensión de un solo lado y su fotografía.
_____ Copia de la página que contiene su firma de su declaración de impuestos más recientes u otro comprobante de ingresos anuales (por ejemplo, SSI, Informe de Incapacidad o estado de cuenta bancaria).
- _____ 2. Los pasos 2 y 3 de la solicitud completa con TODA la información requerida.
- _____ 3. El paso 4 de la solicitud firmada por su médico o representante del centro de cuidados paliativos.
- _____ 4. El paso 5 de la solicitud (Acuerdo de Sueño):
_____ Sus iniciales en los números 2, 3, 4, 5, 8 y 20
_____ Asegúrese de elegir la opción 1 o 2 en el número 20 y de colocar sus iniciales en donde se le indica.
_____ Asegúrese de firmar y colocar la fecha en la parte inferior.
- _____ 5. El formulario de autorización de divulgación de información (Ley HIPAA) completo y firmado.
- _____ 6. Revise el documento adjunto de Preguntas frecuentes.

Si no está seguro si su solicitud está completa, llámenos al teléfono (805) 564-2131 y responderemos a sus preguntas. Si recibimos una solicitud incompleta, no será procesada hasta que se reciba toda la información requerida.

Envíe la solicitud completa a:

Dream Foundation
1528 Chapala Street, Suite 304
Santa Barbara, CA 93101

No se aceptarán solicitudes enviadas por fax

Preguntas más frecuentes

Dream Foundation ayuda a concretar los últimos sueños de adultos que padecen una enfermedad potencialmente mortal. Desde nuestra sede central ubicada en Santa Bárbara y una red de voluntarios y simpatizantes, servimos en todo el país a aquellos que se encuentran en un estado de extrema necesidad. No recibimos fondos estatales ni federales pero contamos, en cambio, con la generosidad de nuestros seguidores para cumplir con las solicitudes de sueños.

¿ Qué es un sueño?

- El sueño debe provenir del mismo adulto que lucha contra la enfermedad
- El que solicita el cumplimiento de un sueño debe estar en capacidad de comunicar el sueño y de comprender y participar en la experiencia del sueño
- Los sueños pueden ser pequeños (una comida con la familia en un restaurante; una computadora), más complejos (una vacación en los parques temáticos de Orlando; un viaje al Gran Cañon del Colorado) o destinados a mejorar la calidad de vida (una silla salvaescaleras; un scooter; un televisor)
- Para más ejemplos, por favor visite nuestro sitio: www.dreamfoundation.org/dreams
- No cubrimos costos de funeral o solicitudes póstumas
- Por favor, lea también en la página de presentación de la solicitud cuáles son los sueños que no podemos conceder

¿Necesito ser un paciente terminal para poder concretar un sueño?

- No. Tenemos un Formulario de Solicitud para Pacientes en Cuidados Paliativos y un Formulario General de Solicitud para pacientes que están aún en tratamiento activo

¿Importa el lugar dónde vivo para poder concretar un sueño?

- Usted tiene que vivir en los Estados Unidos contiguos, Hawai o Alaska
- Usted no tiene que ser un ciudadano estadounidense pero sí residir actualmente en los Estados Unidos

¿ Completando el Formulario de Solicitud?

- Cualquiera puede completar el formulario, pero el solicitante del sueño (o, si el solicitante no se encuentra en condiciones de firmar, su apoderado) debe ser quien lo firme. Necesitamos estar seguros de que el sueño es el sueño del paciente y no el sueño de alguna otra persona para el paciente.
- Cualquiera puede escribir la carta del sueño, siempre y cuando refleje el sueño del solicitante
- El o la solicitante debe ser capaz de comunicar su sueño, por lo tanto, si el paciente está inconsciente o no está en capacidad de responder, no podremos ayudar

- Si usted ya ha tenido un sueño cumplido cuando era un niño a través de la Fundación Make-A-Wish, necesitamos saber cuándo eso sucedió y cuál fue su sueño para así determinar si usted puede ser elegido nuevamente esta vez
- Si su médico no desea completar el Paso 4 o prefiere no dejar registrada una expectativa de vida, envíenos de todos modos su solicitud. Siempre y cuando en ella figure el diagnóstico, trataremos de dialogar con su médico para averiguar si usted califica para nuestro programa o no
- Si a usted le fuese negada su solicitud a causa de la expectativa de vida que el médico inscribió en la solicitud, usted puede pedir a su médico que complete nuevamente el Paso 4 más adelante. Conservaremos su solicitud por un año y, dentro de ese período, precisaremos sólo la parte médica presentada nuevamente.
- Si usted no desea conocer cuál es la expectativa de vida que su médico puso en el Paso 4, Información Médica, usted puede pedir a su médico que nos envíe esa página por separado, por correo electrónico o fax. Por favor, si usted desea utilizar esta opción, llámenos para pedir nuestro número de fax.
- La solicitud original debe ser enviada por correo a Dream Foundation, 1528 Chapala St., Suite 304, Santa Barbara, CA 93101
- Aceptamos solicitudes por fax sólo para emergencias. Si la expectativa de vida del paciente fuese sólo de unos pocos días o hasta dos meses, usted puede llamar a nuestra oficina para obtener el número de fax y enviar su solicitud a través de éste. Igual precisaremos el original enviado por correo; por lo tanto, no se olvide de enviarlo por correo inmediatamente después de enviar el fax.

¿En cuánto tiempo se cumplirá mi sueño?

- Procesar la solicitud requiere aproximadamente unas tres semanas, antes de que comencemos nuestro proceso de verificación
- La verificación puede llevar desde unos pocos días hasta varios meses, dependiendo del tiempo de respuesta de su equipo médico o médico
- Una vez que comencemos a trabajar en el cumplimiento del sueño, deberá estimar alrededor de tres semanas para organizar el transporte aéreo, ya que los vuelos suelen ser más caros cuanto más cercana es la fecha de reserva
- Las solicitudes para cumplir sueños de emergencia son procesadas en el mismo día de su recepción y verificadas tan pronto como sea posible
- Aunque pondremos nuestro mejor esfuerzo para comenzar a trabajar tan pronto como sea posible en la concreción de su sueño, no podremos apurar su solicitud por otras razones que no sean las de una necesidad médica

Yo no pago impuestos: ¿puedo presentar igual mi solicitud? ¿Cuál es el límite de ingresos para poder calificar?

- Si usted no paga impuestos, simplemente infórmenos y si puede, incluya un SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario), un certificado de discapacidad o un estado de cuenta bancario.

- No hay límite de ingresos, pero deseamos ayudar a aquellos que se encuentran en un mayor estado de necesidad y no pueden concretar su sueño por sí mismos. Estudiamos cada solicitud individualmente. Evaluamos el ingreso sometido a impuestos, consideramos cuántas personas viven en el hogar del enfermo, la ubicación geográfica, y también controlamos si la carta describe dificultades financieras. Por otra parte, si alguien desea encontrarse con una persona famosa, es posible que la falta de medios financieros no sea el problema y sí, en cambio, la necesidad de asistencia para establecer ese contacto.

¿Qué necesito para poder viajar?

- Si su sueño requiere viajar, usted necesita una tarjeta de crédito o débito importante con los suficientes fondos como para cubrir cualquier gasto imprevisto, tal como el costo asociado con una estadía en un hospital y para regresarlo a su casa en el caso de una emergencia
- No le solicitamos el número de su tarjeta de crédito
- Si su solicitud de sueño incluye una estadía en un hotel, al ingresar usted necesitará presentar una tarjeta de crédito para cubrir imprevistos. Por favor, recuerde que al presentar su tarjeta de crédito en el hotel, éste colocará una orden de retención sobre un cierto monto. A menudo, los fondos así bloqueados no serán liberados hasta aproximadamente una semana después de su estadía.
- Usted necesitará una identificación gubernamental válida con su foto
- Es necesario que su médico apruebe su viaje. Enviaremos a su médico todos los papeles y documentación necesarios para la mejor evaluación de sus necesidades médicas y asegurarnos de que usted esté autorizado y en condiciones de viajar
- El transporte terrestre hacia y desde el aeropuerto y el alquiler de un vehículo estarán a cargo del receptor del sueño

¿Qué está incluido dentro de un sueño de viajar?

- Típicamente, cubrimos los gastos del transporte aéreo (Clase Económica, exclusivamente) o el gasto de combustible, así como el hospedaje (un cuarto de hotel/un único cuarto familiar)
- Pases para los parques
- Asistencia financiera para ayudar con el costo de las comidas o el alquiler de un auto, si el presupuesto lo permite
- Proveemos viajes dentro de los Estados Unidos, Hawai y Alaska basándonos en dónde usted vive y a nuestra discreción
- En determinados casos, evaluados individualmente, podríamos estar en condiciones de ayudar con el costo de un pasaje de ida fuera de los Estados Unidos al país de origen, si ese fuese el sueño

¿Quién puede participar en mi sueño?

- El sueño será para la persona que solicita el sueño, otro adulto que actúe como cuidador, así como los hijos menores de 18 años que viven en el hogar del solicitante
- Un cuidador adicional podrá ser alojado sólo según pedido del médico por razones médicas
- No es necesario que el cuidador sea un miembro de la familia
- Las personas adicionales a las mencionadas más arriba serán responsables por el planeamiento y costos de sus propios viajes

Si quiero visitar a familiares o recibo familiares de visita, ¿durante cuánto tiempo puedo yo o pueden ellos permanecer de visita y cuántos miembros de la familia pueden ser incluidos?

- En tanto usted pueda alojarse en casa de su familia o su familia alojarse en la suya, no hay límite de tiempo
- Si usted o su familia precisan alojamiento en un hotel, sólo podemos cubrir de 3 a 4 noches y en un único cuarto de hotel
- Si traemos a su familia hacia usted, cubriremos desde 2 a 3 pasajes de avión o el gasto de combustible para un solo vehículo
- Si es usted quien va a visitar a su familia, incluiremos a usted, su cuidador y los hijos menores de 18 años que vivan con usted

¿Qué sucede si tengo necesidades médicas especiales?

- No podremos ayudarlo con necesidades médicas tales como transporte en ambulancia, oxígeno, equipo médico, enfermeras y ayudantes, diálisis, etc.
- No podremos organizar o proveer cuidados paliativos lejos de su hogar, tratamientos de diálisis o resolver sus necesidades de oxígeno
- Si usted tuviese una emergencia médica durante el cumplimiento de su sueño, no podremos asistirlo de ningún modo

¿Y si quiero una dentadura postiza?

- Nos esforzaremos en conseguir un dentista que trabaje con nosotros para proveerle su dentadura. Sin embargo, sólo podremos ayudarlo si usted no tiene ningún diente, ya que la extracción de piezas dentales es considerada una práctica médica

¿Y si quiero conocer a una persona famosa?

- Las personas famosas son difíciles de conseguir y siempre están muy ocupadas. Por ese motivo, puede llevar muchos meses arreglar un encuentro en el que usted pueda conocerlo y saludarlo
- Las personas famosas no van de visita; por lo tanto, para encontrarse con ella, usted deberá poder viajar al concierto o evento donde esté la persona famosa, y siempre teniendo en cuenta nuestros requerimientos de viaje (ver más arriba)
- Para que el encuentro en el evento sea una buena experiencia para ambas partes, le pedimos que, si usted presenta su solicitud para encontrarse con una persona famosa, usted esté capacitado para comunicarse con ella
- Antes de cumplir con un sueño de conocer a una persona famosa, haremos que un entrenador voluntario se encuentre con usted, de modo de conocerlo mejor y saber por qué es tan importante para usted conocer a esta persona famosa

¿Qué es un sueño de emergencia?

- Si la expectativa de vida del solicitante es de dos meses o menos, consideramos que su sueño es una emergencia. Estas solicitudes pueden ser enviadas por fax, pero el original debe ser enviado por correo. Por favor, llámenos para que le demos nuestro número de fax
- Los sueños de emergencia son procesados en el mismo día en que los recibimos y verificados tan pronto como sea posible
- Si el sueño de emergencia es para una reunión junto al lecho de enfermo o algo semejante, nuestro tiempo de respuesta puede suceder dentro de las 24 o 48 horas

- Los sueños de emergencia no pueden ser sueños de encuentro con personas famosas
- Si un sueño de emergencia requiere que el solicitante viaje, seremos muy cuidadosos de verificarlo antes con su médico para su aprobación. Estas solicitudes son consideradas caso por caso y deben ser aprobadas por nuestra junta de revisión. Si el receptor del sueño falleciese durante la concreción de su sueño, Dream Foundation no podrá ayudar de ningún modo.

Por favor, tenga en cuenta que Dream Foundation se reserva el derecho de cancelar/ cambiar la preparación o concreción del sueño a su única y exclusiva discreción, en cualquier momento a partir de la firma del Acuerdo, si la organización considera que el sueño puede hacer peligrar la salud o la seguridad del receptor. Por lo tanto, pedimos que todos los sueños sean realistas, tanto en lo relativo a las condiciones del receptor como en las posibilidades de Dream Foundation de concretarlos.