



Sueños para Veteranos – Formulario de Solicitud de Sueño

Querido Solicitante de un Sueño o Cuidador,

Sueños para Veteranos es un programa de la Dream Foundation, la única organización nacional que otorga sueños a los adultos con enfermedades terminales y sus familias.

Sueños para Veteranos es el único programa nacional que honra a los/as veteranos/as con enfermedades terminales, convirtiendo en realidad un Sueño al final de sus vidas. Califican como solicitantes todos los/las veteranos/as militares de los Estados Unidos de América con una enfermedad que amenace sus vidas y una expectativa de vida de 12 meses o menos.

Basada en Santa Bárbara, California, la Dream Foundation recibe cada año centenares de solicitudes de Sueños para Veteranos provenientes de todo el país y revisa cada solicitud de Sueño tan pronto como es posible. Trabajando juntos, haremos todos los esfuerzos necesarios para convertir su Sueño en realidad.

Ayúdenos a hacer que su sueño se convierta en realidad...

- Por favor, lea este formulario muy cuidadosamente y siga todas las instrucciones para completar los pasos necesarios
- Usted encontrará muchas respuestas a sus preguntas en nuestra sección Preguntas frecuentes.
- Por favor, presente toda la información requerida; las solicitudes incompletas serán rechazadas.

No concedemos los siguientes tipos de Sueños

- Solicitudes para adultos con enfermedades crónicas, excepto los individuos con un pronóstico de vida de 12 meses o menos
- Solicitudes de individuos que viven fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico
- Sueños sorpresa
- Cruceros
- Asistencia legal
- Cacerías
- Reembolsos
- Arreglos para el funeral o pedidos póstumos
- Automóviles, Acarreos, Arreglos, Arreglos de Vehículos utilitarios o de alquiler.
- Viajes fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico. Según cada caso particular podremos autorizar un viaje de ida fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico a los pacientes que desean morir en su patria
- Mejoras en la propiedad o el hogar o reparaciones
- Tratamiento médico e insumos, equipamiento, transporte médicos
- Cualquier pedido de Sueño que viole las reglas, políticas o procedimientos de nuestra organización o de nuestros socios corporativos que estén en efecto

SEDE CENTRAL Y DIRECCIÓN POSTAL: 1528 CHAPALA STREET, SUITE 304, SANTA BARBARA, CA 93101
TELÉFONO 888-4DREAMS (888) 437-3267

Paso 1: Requerimientos de la solicitud

Por favor, complete la solicitud en su totalidad, incluya una fotografía, una carta personal, una copia de su declaración de impuestos y prueba de servicio (según descripción en detalle más abajo). Para considerar completa su solicitud, debemos recibir todo lo incluido a continuación:

- **Fotografía:** Debe ser clara y tomada durante el último año. Puede incluir familiares, mascotas, etc..
- **Carta:** Su carta debería:
 - Tener 1-2 páginas, describir con claridad su Sueño, su importancia para usted, lo que significa para usted y en qué se necesita la mayor ayuda para cumplir ese Sueño.
- **Ingresos anuales:** Por favor, provea una copia de la página firmada de su más reciente declaración de impuestos (Formulario 1040) u otras pruebas de ingresos anuales en el hogar (por ejemplo, SSI, Declaración de discapacidad, o Extracto de Cuenta bancaria).
- **Contrato del Sueño.** Debe estar firmado con las secciones que lo requieran inicializadas e incluido junto con la solicitud. Una copia del Contrato del Sueño está incluida al final del formulario.
- **Formulario HIPAA:** Debe ser completado, firmado e incluido en la solicitud. Una copia del formulario HIPAA está incluida al final de este formulario.
- **Prueba de Servicio:** Por favor, presente una prueba de su servicio como militar de los Estados Unidos de América. Si usted no tiene ninguna prueba de servicio, por favor, haga su solicitud a través de nuestro Formulario General de Sueño.
 - Prueba de que ha sido dado/a de baja mostrando el Carácter del Servicio como Honorable o General/Bajo condiciones honorables (DD214 o certificado militar oficial) – **O –**
 - Prueba de estar en servicio en la actualidad (LES u otro documento militar oficial)

Paso 2: Información del/de la Solicitante

Por favor, complete cada una de las secciones 2a, 2bm y 2c según sea pertinente.

2a. Tilde este casillero si su solicitud está siendo completada por un representante de Hospice (Cuidados paliativos

2b. Nombre legal del/de la Solicitante: _____	
Dirección: _____	
Ciudad/Estado/Código postal: _____	County: _____
Teléfono de la casa: (_____) _____	Teléfono celular: (_____) _____
Dirección de correo electrónico: _____	
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Etnicidad (Opcional): _____	
Clubes, Organizaciones o Iglesias de los que usted es miembro (Opcional): _____	
Género: _____ Derivado por: _____	
Empleador actual/Más reciente: _____ Ingresos anuales en el hogar: _____	
Familiar o Cuidador/Persona de contacto: _____ Relación: _____	
Teléfono: (_____) _____ Dirección de Correo electrónico: _____	
Dirección: _____ (Incluyendo Ciudad/Estado/Código postal si diferente de la de mas arriba)	

2c. Información Militar/Veterano/a

Rama del Servicio Militar: _____	Años de Servicio Militar: _____ – _____
¿Dónde sirvió? _____	¿Qué puestos tuvo? _____

Paso 3: Solicitud de Sueño

Solicitud de Sueño: _____

Solicitud de Sueño alternativo: (Debe ser totalmente independiente del primer Sueño):

(Si no se incluye un Sueño alternativo, solo se proseguirá el Sueño primario solicitado)

- ¿Alguna otra organización otorgó ya un sueño al solicitante? _____ Sí _____ No
- ¿Tiene el solicitante o un participante en el sueño una tarjeta de crédito o débito vigente? _____ Sí _____ No
VISA _____ M/C _____ Otra _____
- ¿Tiene el solicitante, o alguno de los participantes en el sueño una licencia de conducir válida o un documento de identidad? _____ Sí _____ No
- ¿Existe alguna solicitud presentada pendiente en alguna otra organización que cumpla deseos? _____ Sí _____ No
Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

Firma del Solicitante certificando que el Sueño descrito más arriba es _____

Por favor, ver Preguntas frecuentes para más información.

Paso 4: Información Médica

Por favor complete el Paso 4a o bien el Paso 4b.

Si el solicitante está bajo tratamiento médico, por favor pida a **su médico que complete el Paso 4a** y saltee la sección 4b.

Si el solicitante está bajo Cuidados Paliativos (Hospice), por favor saltee la sección 4a y pida al **Representante de Hospice que complete el Paso 4b**.

Paso 4a: a ser completado solo por el Médico Tratante

Saltee esta porción si usted está recibiendo cuidados paliativos (Hospice) y complete el Paso 4b.

Nombre del Médico: _____

Dirección del Médico: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Número de Fax: (_____) _____

Diagnóstico del/la Solicitante: _____

Expectativa de vida actual en MESES: _____

Certifico que soy el médico que trata al/la Solicitante. Según mi leal saber y entender, mi paciente **tiene una expectativa de vida de 12 meses o menos**, o, mi paciente no podría participar activamente en el Sueño solicitado más allá de los próximos 12 meses. Certifico que mi paciente está en pleno uso de sus facultades mentales y que está capacitado/a para firmar documentos legales. He conversado (o conversaré) con mi paciente acerca de la solicitud del Sueño y estimo que este es seguro y razonable si su sueño es concedido dentro de los próximos tres meses.

Firma del Médico, Enfermera Practicante o Asistente médica

Título

Fecha

Paso 4b: a ser completado solo por un Representante de Cuidados paliativos (Hospice)**Saltee esta porción si usted está recibiendo tratamiento médico y complete el Paso 4a**

Representante de Hospice: _____

Nombre del Hospice: _____

Dirección del Hospice: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono Oficina: (_____) _____ Teléfono Celular: (_____) _____ Fax Oficina: (_____) _____

Dirección Correo electrónico: _____

Según mi buen saber y entender, creo que la solicitud de Sueño mejorará la calidad de vida del paciente/Receptor del Sueño. Necesario: Confirmo que el solicitante carece de los medios financieros necesarios para concretar su Sueño por sí mismo. _____ [inicializar]

Diagnóstico del Solicitante: _____

La expectativa de vida actual para el paciente es en MESES de: _____

Firma del Representante de Hospice

Título

Fecha

Participantes solicitados/cubiertos: Un adulto cuidador y los hijos del solicitante menores de 18 años que viven en el hogar:

PARTICIPANTE/NOMBRE DEL NIÑO: SEXO: PARENTESCO: EDAD: FECHA NACIMIENTO:

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

Yo, que firmo abajo como Receptor/a del Sueño (o el Padre, madre o tutor en nombre del Receptor/a del Sueño), por este acto certifico que la información contenida en mi solicitud es verídica y correcta, y que he leído comprendido y firmado el Contrato de Sueño adjunto. Autorizo a la DF o a sus proveedores de servicios a investigar mis antecedentes. Si he solicitado un Sueño de viaje, comprendo que una tarjeta de crédito o débito importante y un documento de identificación son requeridos.

Firma del Receptor/a del Sueño _____ Fecha: _____

O del Padre, Madre o Tutor _____ Fecha: _____

POR FAVOR, NÓTESE QUE: TODOS los participantes adultos deben firmar el Contrato del Sueño antes de que la solicitud sea procesada y/o antes de participar en cualquier Sueño.

Paso 5: Contrato del Sueño

Por favor, inicializar los ítems 2, 3.4, 5 y 21 donde se indica más abajo:

- Otorgamiento del Sueño.** La Dream Foundation ("DF") atenderá las solicitudes de Sueño para la persona identificada más abajo ("Receptor/a") y los familiares directos o cuidador del Receptor/a – tales como esposo/a, pareja, cuidador, madre, padre, y/o hijos dependientes que viven en el mismo hogar y tienen menos de 18 años, sujetos a los términos y condiciones explicitados en este contrato. DF se reserva el derecho de decidir a su entera y absoluta discreción si un Sueño será otorgado y en qué términos. DF no tendrá ninguna obligación en lo sucesivo de otorgar ningún Sueño si elige terminar o abandonar tales Sueños en virtud de la sección 10 más abajo.
- Autorización para divulgar el estado de salud.** El Receptor/a otorga a DF el derecho de divulgar la naturaleza de su enfermedad hasta el punto en que sea necesario para poder concretar el Sueño. Asimismo, el Receptor/a autoriza a DF a obtener información médica sobre el Receptor/a que DF pueda estimar necesaria para la concreción del Sueño y autoriza a todos los médicos y proveedores de atención médica a proveer a DF toda la información médica requerida..
_____ [\[inicializar aquí\]](#)
- Renuncia.** El/la Receptor/a y todos los participantes renuncian para siempre por el presente acto a todos los derechos o reclamos que él o ella puedan tener o adquirir más tarde contra la DF, sus funcionarios, directores, agentes y empleados, y que puedan surgir de alguna lesión, daños y perjuicios, o pérdida de cualquier tipo en el cuerpo o en la propiedad, incluyendo sin limitaciones la transmisión de enfermedades infecciosas o contagiosas, y/o los honorarios de abogados (colectivamente "Pérdidas"), sufridos o incurridos por el Receptor/a y cualquier participante, y que surgiessen de o estuviesen relacionados de algún modo con la preparación, ejecución o concreción del Sueño, fuesen o no esas pérdidas causadas por una negligencia activa, pasiva o manifiesta o por la omisión de la DF o de cualquier otra persona.
_____ [\[inicializar aquí\]](#)
- Exención.** El/la Receptor/a y todos los participantes, individualmente y en conjunto, por este acto eximen para siempre y mantienen libres de culpa y cargo a la DF, sus funcionarios, directores, agentes y empleados, por todas y cada una de las pérdidas que el/la Receptor/a y cualquiera de los participantes puedan haber sufrido o incurrido en, y que surgiessen o estuviesen de algún modo relacionadas con los preparativos, ejecución y concreción del Sueño por parte de la DF, fuesen o no esas pérdidas causadas por una negligencia activa, pasiva o manifiesta de la DF o de cualquier otra persona.
_____ [\[inicializar aquí\]](#)
- Indemnización.** El/la Receptor/a y todos los participantes, en conjunto y cada uno individualmente, por el presente acto acceden a indemnizar y mantener libres de culpa y cargo a la DF, sus funcionarios, directores, agentes y empleados de y por cualquiera o toda pérdida sufrida o incurrida por la DF, sus funcionarios, directores, agentes o empleados como resultado de cualquier reclamos, juicio o acción que surgiessen de las acciones y omisiones del/la Receptor/a y cualquier participante durante la preparación, ejecución y concreción del Sueño, o debido a un incumplimiento por parte del Receptor/a o cualquiera de los participantes en las representaciones, garantías o convenios contenidos en este contrato. Dicha exención de culpa y cargo, incluye pero no está limitada a, los honorarios razonables de abogados y los costos incurridos por la DF, sus funcionarios, directores, agentes y empleados, al emplear abogados elegidos por la DF para defender cada uno y todos de dichos reclamos, juicios y acciones.
_____ [\[inicializar aquí\]](#)
- Descargo de responsabilidad.** Las opiniones expresadas por los beneficiarios de Dream y las personas involucradas en un Dream son exclusivamente propias y no reflejan necesariamente los puntos de vista o posturas de Dream Foundation, su junta directiva, empleados, voluntarios u organizaciones afiliadas.
- Parientes/Amigos.** Ninguna persona puede acompañar al Receptor/a durante ninguna porción de la concreción del Sueño, salvo acuerdo específico por escrito entre la DF y el Receptor/a del Sueño.
- Gastos del Sueño.** Los gastos que la DF se ha comprometido a pagar son todos los previsibles y directamente relacionados con la concreción del Sueño. El/la Receptor/a del Sueños, sus parientes o amigos, comprenden conjuntamente que quizá estén obligados a incurrir en gastos sustanciales como el resultado de eventos imprevistos o de circunstancias más allá del control de la DF, especialmente si la concreción del Sueño incluye un viaje. La DF no tendrá ninguna responsabilidad ni obligación por gastos incurridos por el/la Receptor/a, parientes o amigos, que no hayan sido expresamente asumidos por la DF según este Contrato, que puedan haber sido causados por eventos

imprevistos o circunstancias fuera del control de la DF. Por ejemplo, un Sueño particular puede contemplar que la DF pague ciertos gastos específicos durante un específico período de tiempo mientras el/la Receptora se encuentra viajando lejos de su casa. Si la condición médica del/ de la Receptor/a se deteriora al punto de precisar inmediata hospitalización, el/la Receptor/a puede estar obligado/a a permanecer lejos de su hogar mucho más tiempo que el período de tiempo contemplado por el Sueño. En ese caso, será exclusiva responsabilidad del/ de la Receptora el pagar todos los gastos que excedan aquello que la DF se comprometió a pagar, ya sea relativos a gastos médicos, o por comidas, alojamiento incluyendo hospitalización, o por todos los bienes o servicios de cualquier naturaleza. **Si la muerte sucede durante el Sueño, la DF no está capacitada para prestar ningún tipo de asistencia o ayuda.**

9. Recaudación de Fondos. Como participante en un programa de la Dream Foundation, es posible si resulta necesario que, con su aprobación previa, una campaña para recaudar fondos y/o millas de viajeros frecuentes, sea iniciada en su comunidad para poder concretar el Sueño. El dinero recaudado será utilizado en su Sueño hasta una asignación máxima según se describe en ítem 7. Los fondos o millas recaudados por encima de la asignación para su Sueño serán utilizados en Sueños futuros.

10. Representaciones y garantías. El/la Receptor/a, parientes, amigos, y participantes, conjunta e individualmente, ofrecen las siguientes representaciones y garantías a la DF de que:

- (a) han brindado a la DF una verídica y completa información de todo lo relativo a la condición médica;
- (b) toda la información contenida en la solicitud y en los materiales provistos como complemento de la solicitud es verídica y correcta en todos sus aspectos materiales;
- (c) notificarán a la DF toda vez que la condición médica del/ de la Receptor/a se deteriore antes de la concreción del Sueño;
- (d) han contratado o contratarán durante la concreción del Sueño, un seguro medico total, incluyendo cualquier cobertura adicional que pueda ser requerida como consecuencia de las necesidades que presente el Sueño para ser concretado, o que ellos mismos asumen el riesgo y la responsabilidad personal por su incumplimiento en contar con un seguro médico total;
- (e) **si la concreción del Sueño requiere viajar, serán capaces de soportar el peso financiero de los potenciales elevados gastos a que se vean obligados de incurrir como resultado de eventos o circunstancias imprevistas más allá de la responsabilidad y razonable control de la DF (tal como se detalló en el párrafo 7) y que asumen el riesgo y responsabilidad personal por dichos gastos;**
- (f) si la concreción del Sueño incluye viajar o la reunión, participación en o exposición a grandes grupos de personas, se manifiestan completamente conscientes de los riesgos de salud y seguridad asociados con dichos Sueños, incluyendo sin limitaciones la exposición potencial a infecciones o enfermedades contagiosas, imposiciones o cuarentenas, restricciones de movimiento y/o advertencias a los viajeros, la amenaza de dichos riesgos, o el acontecer de cualquier pérdida, costos por daños o gastos, y que incluyan Pérdidas como resultado;
- (g) el/la Receptor/a no han recibido previamente el otorgamiento de un Sueño por parte de la DF u otra organización de caridad que conceda sueños; y
- (h) al solicitar a la DF la concreción de su Sueño, el/la Receptor del Sueño no se apoyan en o han recibido ningún tipo de recomendación o consejo por parte de la DF con respecto a la conveniencia o los riesgos asociados con el Sueño.

11. Terminación del Sueño. La Dream Foundation terminará los preparativos y/o la concreción del Sueño después de la firma del Contrato, si : (1) La Dream Foundation determina después de consultar con un profesional médico que la concreción del Sueño puede hacer peligrar la salud o la seguridad del/ de la Receptor/a o de otros involucrados en el Sueño; (2) La Dream Foundation determina, después de consultar con un profesional médico que el /la Receptor/a no estará capacitado para apreciar o utilizar los bienes, servicios o actividades relacionados con el Sueño; (3) el/la Receptor/a fallece antes de que el Sueño sea concretado; (4) la DF determina, según su exclusiva discreción, que el/la Receptor/a del Sueño, su Sueño o los participantes del Sueño, no se condicen con los valores de la DF o de sus socios corporativos; (5) el/la Receptor/a y cualquiera de los participantes han incumplido con alguna de las representaciones, garantías o convenios contenidos en este Contrato, o(6) el Sueño viola las reglas, políticas o procedimientos vigentes de la Dream Foundation. En el caso de que la DF aborde la preparación o concreción del Sueño, el/la Receptor/a y todos los participantes aceptan que la DF no será responsable o culpable por cualquier gasto en que el/la Receptor/a o cualquiera de los participantes hayan incurrido contemplando la concreción del Sueño por parte de la DF. NOTA: Solo la Dream Foundation puede hacer un requerimiento de fondos en nombre y representación de un Sueño. Si el/la Receptor/a del Sueño, cualquier participante, amigos o cualquiera que tenga conocimiento de este sueño usa el nombre de la Dream Foundation para solicitar ayuda, el Sueño será inmediatamente descalificado y terminado.

12. Garantías suplementarias. El/la Receptor/a y todos los participantes aceptan que él o ella producirán y entregaran a la DF, al pedido de esta, de todos los documentos suplementarios que la DF estime necesarios o apropiados para cumplir, realizar y concretar el Sueño, incluyendo sin limitaciones, la evidencia del permiso para llevar adelante una investigación sobre los antecedentes del/de la Receptor/a.

13. Contrapartes. Este Contrato puede ser realizado en varios ejemplares equivalentes, cada uno de los cuales será considerado como un original.

14. Enmiendas. Este contrato no será modificado o sustituido, excepto por un escrito ejecutado por las partes.

15. Ley aplicable. Las leyes del estado de California gobernarán este Contrato sin tener en cuenta los conflictos con los principios legales.

16. Carácter vinculante. Este Contrato tiene un carácter vinculante con todos los herederos, sucesores, representantes, y cesionarios autorizados de todas las partes.

17. Disociabilidad. Si cualquier parte de este Contrato se determina como inválida o inaplicable, todas las otras partes permanecerán válidas y aplicables.

18. Contrato Completo. Este Contrato, su aplicación y todos los materiales provistos para complementar la Solicitud constituyen el Contrato completo y la comprensión de las partes con respecto a las transacciones contempladas aquí y reemplaza cualquier contrato anterior, arreglos, o entendimientos relacionados con el objeto de este Contrato. Ninguna presentación, promesa, inducción o declaración de intención ha sido hecha por ninguna de las partes que no esté incluida en este Contrato y ninguna de las partes estará obligada o será responsable por cualquier presunta presentación, inducción o declaración de intención que no esté incluida o referida a, en este Contrato.

19. Títulos. Los títulos que aparecen en este Contrato son solo por conveniencia y facilidad de referencia. De ningún modo describen, limitan o extienden este Contrato o cualquiera de sus previsiones.

20. Prueba de dificultades económicas. El/la Receptor/a del Sueños comprende que la DF se reserva el derecho de solicitar documentación referida a sus dificultades económicas.

21. Otorgamiento del derecho de Publicidad. LOS PARTICIPANTES COMPRENDEN Y ACEPTAN QUE LA CONCRECIÓN DEL SUEÑO PUEDE TENER PUBLICIDAD, YA SEA O NO QUE LA DREAM FOUNDATION ACTIVAMENTE ADOPE MEDIDAS PARA PUBLICITAR EL SUEÑO.

El/la Receptor/a del Sueño y Participantes autorizan aquí de modo irrevocable a la DF a: (a) publicitar y usar semejanzas, voces e imágenes, con o sin sus nombres, en cualquier publicación, promoción, propaganda, comercio, uso comercial, o cualquier otro propósito, en perpetuidad; (b) fotografiar, grabar en video, filmar y grabar a cada participante en cualquier modo que la Dream Foundation elija; (c) registrar los derechos, comunicar, transmitir o distribuir bajo cualquier forma y por cualquier motivo o propósito, a cualquiera, incluyendo el público en general, ahora o en el futuro, cualquier material que involucre a los participantes, y hacerlo en todo el mundo a través de todos los medios que existen en la actualidad o que se inventen más tarde, incluyendo pero sin limitarse a, impresos, video, televisión, radio, digital, internet y redes sociales; (d) publicitar, ahora o en el futuro, los nombres de los participantes incluyendo información que les concierna, sobre su condición física o emocional y los detalles de cualquier Sueño otorgado.

El/la Receptor/a y cada uno de los participantes aceptan que no es necesario que la DF o cualquiera los contacte antes de divulgar cualquier información autorizada por este documento. Cada uno de los Participantes libera por el presente acto a la DF por cualquier responsabilidad, daños o reclamos que resulten de o por, o surjan por el uso, distribución o revelación de cualquier fotografía, films, videotapes, grabaciones electrónicas o cualquier otra información relativa a los Participantes y el Sueño.

Iniciar aquí: _____ **(Debe ser inicializado por TODOS los Participantes)**

Al firmar aquí abajo, usted afirma y reconoce haber leído este Contrato, haber guardado una copia, y comprender y aceptar en su totalidad sus previsiones. TODOS los Participantes deben firmar el Contrato. En el caso de un Participante menor de edad, la firma de su padre, madre o tutor es tanto en nombre de los padres o tutor como en nombre del menor.

Receptor/a del Sueño	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 HIPAA

Autorización para Uso/Divulgación de información médica protegida

PARA: _____
(Médico)

(Dirección del Médico)

(Número telefónico del Médico)

RE: _____
(Paciente – Letras imprenta legibles)

(Fecha de nacimiento del Paciente)

Yo autorizo el uso y divulgación a la Dream Foundation de información médica protegida del Paciente descrita aquí abajo:

Información que puede ser usada/divulgada: Toda la información médica protegida referida a las evaluaciones del Médico acerca de:

- **si el Paciente es médicamente elegible para los servicios de la Dream Foundation y**
- **si es así, si su sueño deseado es médicaamente apropiado. Además, el Médico está autorizado a llenar, firmar, y proveer a la Dream Foundation los formularios que la Dream Foundation pueda requerir, incluyendo formularios relativos a la elegibilidad del Paciente, el sueño solicitado y las consideraciones médicas relativas a lo anterior.**

Personas autorizadas a usar/divulgar la información: El Médico identificado más arriba, así como sus representantes autorizados.

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

DREAMFOUNDATION-1528 CHAPALA ST .SUITE 304 SANTA BARBARA, CA93101

805-564-2131 (phone) 805-564-7002 (fax) www.dreamfoundation.org

Propósito para el cual la información va a ser usada/divulgada: Para ayudar a la Dream Foundation a obtener:

- la evaluación del Médico acerca de si el Paciente es médicaamente elegible para que le sea concedido su Sueño por la Dream Foundation, y si así fuese, si el Sueño solicitado es médicaamente apropiado; y
- la información pertinente relativa a lo anterior.

Fecha de Expiración/Evento: Esta autorización expira una vez que el Sueño del Paciente haya sido concedido por la Dream Foundation o una determinación final haya sido hecha sobre la no elegibilidad del paciente para recibir un Sueño.

Declaraciones requeridas por la HIPAA: De acuerdo con el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), yo acepto lo siguiente:

- Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, notificando al Médico por escrito, excepto en el caso de que ya se hayan realizado acciones comprendidas en la autorización.
- Comprendo que, si la persona/entidad que recibió la información descrita arriba no es un proveedor médico o de planes médicos cubiertos por regulaciones federales acerca de la privacidad, que dicha información no va a estar más protegida por dichas regulaciones y que podrían potencialmente ser re-divulgadas por el receptor.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Representante del Paciente

Firma del Representante del Paciente

Fecha

Instrucciones para enviar la Solicitud por correo y Lista para verificar que la solicitud esté completa:

Por favor, use esta lista para tildar cada paso de la aplicación y ver que esté completa antes de presentarla

(Sin estos ítems su solicitud será rechazada)

1. Paso 1 de la solicitud completado y enviado con una:

Fotografía clara y reciente (tomada dentro del último año)

Carta de solicitud de 1-2 páginas describiendo claramente el Sueño

Copia de la página firmada de su más reciente declaración de impuestos u otra prueba de ingresos anuales. (por ejemplo, SSI, Certificado de Discapacidad o Extracto de cuenta bancaria)

2. Pasos 2 y 3 de la solicitud completados con TODA la información requerida

3. Paso 4 de la solicitud completado y firmado por su médico

4. Paso 5 de la solicitud, el formulario del Contrato del Sueño

Inicializar los números 2, 3, 4, 5 y 20

Firmar y fechar al final

5. Formulario HIPAA completado y firmado (Formulario de divulgación de información médica – HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act)

6. La sección adjunta de Preguntas Frecuentes ha sido revisada por completo.

Si usted no está seguro/a de que su solicitud esté completa, por favor llámenos al (805) 564-2131 y con mucho gusto responderemos a sus preguntas. Si recibimos una solicitud incompleta, esta será rechazada.

Por favor, enviar la solicitud completada a:

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

No se aceptan solicitudes por fax a menos que la expectativa de vida sea de dos meses o menos

Preguntas frecuentes

La Dream Foundation otorga Sueños finales a adultos con una enfermedad terminal. Con nuestra sede central ubicada en Santa Bárbara, y una red de voluntarios y simpatizantes, estamos en todo el país al servicio de aquellos que tienen una mayor necesidad. No recibimos ni ayuda estatal ni ayuda federal, y dependemos en cambio de la generosidad de nuestros simpatizantes para concretar las solicitudes de Sueños.

¿Qué es un Sueño?

- El Sueño debe provenir de un adulto diagnosticado con una enfermedad terminal o que limite la vida.
- El solicitante del Sueño debe ser capaz de comunicar su Sueño y comprender y participar en la experiencia del Sueño.
- Los Sueños pueden ser pequeños (una comida afuera con la familia, una computadora), más elaborados (vacación en los parques temáticos de Orlando, viaje al Gran Cañón), o mejorar la calidad de vida (TV, computadora portátil).
- Para más ejemplos, por favor visite nuestro sitio web: www.dreamfoundation.org/dreams
- No cubrimos gastos de funeral ni pedidos póstumos.
- Por favor, lea también qué Sueños no podemos conceder en la página de portada de la solicitud.

¿Necesito ser un paciente en cuidados paliativos (Hospice) para recibir un Sueño?

- No. Tenemos una Solicitud para los pacientes en cuidados paliativos (Hospice) y una Solicitud General para pacientes que están aún en tratamientos activos.

¿Importa el lugar en el que vivo para obtener la concreción de un Sueño?

- Usted debe vivir dentro de los contiguos Estados Unidos, en Hawái, Alaska o Puerto Rico.
- No es necesario que usted sea un ciudadano estadounidense pero debe residir en la actualidad en los Estados Unidos o Puerto Rico.

Completando la solicitud:

- Cualquier persona puede completar la solicitud pero el solicitante de Sueño (o, si el solicitante está incapacitado para firmar, su apoderado legal) debe firmarla. Tenemos que estar seguros de que este es el Sueño del paciente y no el de alguna otra persona en nombre del paciente.
- Cualquier persona puede escribir la carta del Sueño, siempre y cuando refleje el Sueño del solicitante.
- El solicitante tiene que estar capacitado para comunicar su Sueño. por lo tanto, si un paciente no está consciente o no responde, no podremos ayudar.
- Si usted tuvo un deseo otorgado cuando niño a través de la fundación Make-A-Wish, precisamos saber cuándo sucedió esto y cuál fue su deseo, para poder determinar su elegibilidad en esta ocasión.
- Si su médico no desea consignar en la solicitud una expectativa de vida, envíenos de todos modos su solicitud. En tanto el diagnóstico y la firma de su médico estén allí, trataremos de comunicarnos con su médico para ver si usted califica para nuestro programa o no.
- Si se le rechazase la solicitud basándose en la expectativa de vida que su doctor puso en la solicitud, usted puede pedir a su doctor que complete el Paso 4 de nuevo algún tiempo más tarde. Conservaremos su solicitud durante un año y lo único que precisaremos es la parte médica presentada otra vez durante ese período.

- Si usted no desea conocer qué expectativa de vida su médico puso en el Paso 4 de Información médica, usted puede pedir a su doctor que envíe por correo o por fax esa página por separado. Por favor, llámenos para solicitar nuestro número de fax si usted opta por esto.
- La solicitud original debe ser enviada a Dream Foundation, 1528 Chapala St., Suite 304, Santa Barbara, CA 93101.
- Aceptamos solicitudes por fax solo en el caso de emergencias. Si la expectativa de vida del paciente fuese solo de unos pocos días a dos meses, usted puede llamar a nuestras oficinas y pedir el número de fax para enviar la solicitud por esa vía. De todos modos, igual precisaremos que nos envíe el original; por lo tanto, no se olvide de enviarlo por correo después de enviarlo por fax.

¿Qué debería incluir en mi carta de solicitud?

- Queremos conocerlo, saber acerca de su Sueño y quiénes son los seres queridos que lo rodean y a los que podría afectar. Cuanto más detalle usted pueda brindarnos, mejor será. Queremos saber por qué su sueño es importante y único para usted. Ayúdenos a comprender cómo y por qué este Sueño final tendrá un impacto en usted y en sus seres queridos.

¿Cuánto tiempo pasará hasta que mi Sueño me sea concedido?

- Lleva aproximadamente tres semanas procesar la solicitud antes de comenzar el proceso de verificación.
- La verificación puede tomar desde unos pocos días hasta varios meses, dependiendo de los tiempos de respuesta de su equipo médico/doctor.
- Una vez que comenzamos a trabajar en el Sueño, por favor, calcule aproximadamente tres semanas para organizar viajes aéreos, en tanto los vuelos son más caros de contratar cuánto más cerca se está de la fecha de viaje.
- Las solicitudes de emergencia de Sueños son procesadas el día en que se las reciben y son verificadas tan pronto como sea posible.
- Aunque siempre haremos lo mejor para comenzar a trabajar en su Sueño tan pronto como sea posible, no podremos apurar su solicitud por otras razones que las de una necesidad médica.

Yo no declaré impuestos; ¿puedo igual presentar mi solicitud? ¿Cuál es el ingreso límite para calificar?

- Si usted no declara impuestos, simplemente infórmenos acerca de ello y adjunte, si puede, un SSI, una declaración de discapacidad o un extracto de cuenta bancaria.
- Queremos ayudar a aquellos que tienen las mayores necesidades y que no pueden concretar el Sueño por sí mismos. Consideramos cada solicitud de modo individual. Miramos los ingresos imponibles, consideramos cuántas personas viven en el hogar, el lugar geográfico, y también nos fijamos si la carta menciona dificultades económicas. También, si alguien desea conocer a alguna persona famosa, en ese caso la falta de medios económicos no sería el problema a resolver, ya que en ese caso lo que se precisaría es asistencia para lograr el contacto.

¿Qué necesito para poder viajar?

- Si su solicitud de Sueño requiere un viaje, usted precisa una tarjeta de crédito importante o una tarjeta de débito con suficientes fondos como para cubrir gastos tales como comidas y transporte terrestre, así como los costos no previstos asociados con una estadía en un hospital y regresar a casa en el caso de una emergencia.
- No pedimos el número de su tarjeta de crédito.

- Si la solicitud de su Sueño incluye una estadía en un hotel, al ingresar al mismo usted precisará una tarjeta de crédito para cubrir gastos incidentales. Si usted usa una tarjeta de débito para ingresar al hotel, por favor, sepa que el hotel hará retener en su cuenta una cierta cantidad. A menudo, los fondos bloqueados no serán liberados hasta una semana después de su egreso del hotel.
- Usted precisa una identificación gubernamental válida con foto.
- Su médico precisa aprobar su viaje. Le enviaremos por fax a su doctor papeles adicionales para evaluar sus necesidades médicas y asegurarnos de que usted esté autorizado a viajar.

¿Qué se incluye en un Sueño de viaje?

- Por lo general, cubrimos el transporte aéreo (solo en clase económica), así como el alojamiento (una sola habitación de hotel o habitación familiar) y, si es posible, una actividad. Nota: NO proporcionamos entradas para los parques de Disney World.
- Proveemos viajes dentro de los Estados Unidos y Puerto Rico basándonos en su lugar de residencia y según nuestro criterio.
- Según cada caso en particular, podremos autorizar un viaje de ida a países fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico a los pacientes que desean morir en su patria.

¿Quién puede ser parte de mi Sueño?

- El Sueño será para el solicitante del Sueño, otro adulto como cuidador, así como los hijos menores de 18 años que viven en el hogar.
- Un cuidador adicional puede ser incluido si el médico lo pide y solo por razones médicas.
- El cuidador puede no ser un miembro de la familia.
- Las personas adicionales serán responsables por sus propios planes/costos para el viaje.

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

- En tanto usted se quede con su familia o su familia se quede con usted, no hay límite de tiempo.
- Si usted o su familia precisan alojarse en un hotel, podemos solo cubrir 3-4 noches y solo un cuarto de hotel.
- Si le traemos familiares a usted, podremos cubrir de 2 a 3 pasajes de avión, o dinero para la gasolina de un vehículo.
- Si usted va a visitar a familiares, lo incluiremos a usted, a su cuidador y a sus hijos menores de 18 años que viven con usted.

¿Y qué si tengo necesidades médicas especiales?

- No estamos capacitados para asistir con necesidades médicas especiales, tales como transporte en ambulancia, oxígeno, equipamiento médico, enfermeras y ayudantes, diálisis, etc..
- No estamos capacitados para conseguir o proveer cuidados paliativos lejos de su casa, tratamientos de diálisis, o asistirlo en su necesidad de oxígeno.
- Si usted tuviese una emergencia médica durante su Sueño, no podremos asistirlo de ningún modo.

¿Y si yo quisiera una dentadura?

- Haremos lo mejor para encontrar un dentista que pueda trabajar con usted para proveerle una prótesis dental. Sin embargo, solo podremos ayudarlo si ya no tiene ningún diente, ya que extraer dientes es considerado un procedimiento médico.

¿Y si yo quiero conocer a una persona famosa?

- Las personas famosas son difíciles de alcanzar y son personas muy ocupadas. Por ese motivo, puede llevar muchos meses arreglar un encuentro para saludarlos.
- Las personas famosas no hacen visitas, así es que usted tendría que poder viajar al concierto/evento en el que se encuentre la persona famosa para poder conocerla y tendrá que cumplir además con nuestros requerimientos de viaje (ver más arriba)
- Para que la experiencia de encontrarse y saludarse con una persona famosa sea buena para ambas partes, le pedimos que si usted solicita un encuentro con una persona famosa, usted sea capaz de comunicarse con él/ella.
- Antes de comenzar con una solicitud de Sueño de encuentro con una persona famosa, le enviaremos a usted un voluntario entrenado para saber más acerca de usted y por qué encontrarse con esta persona famosa es tan importante para usted.

¿Qué es un Sueño de Emergencia?

- Si la expectativa de vida del solicitante es de dos meses o menos, consideramos que el Sueño es una emergencia. Estas solicitudes pueden ser enviadas por fax, pero el original debe ser de todos modos enviado por correo. Por favor, llámenos para que le demos nuestro número de fax.
- Los Sueños de Emergencia son procesados en el día en que los recibimos y son verificados tan pronto como sea posible.
- Si un Sueño de Emergencia es para una reunión junto al lecho o semejante, nuestro tiempo de respuesta puede ser de 24 a 48 horas.
- Los Sueños de Emergencia no pueden ser Sueños de encuentro con personas famosas.
- Si un Sueño de Emergencia requiere un viaje por parte del solicitante, consideraremos un viaje terrestre sólo dentro de ciertos límites.

Por favor, recuerde – la Dream Foundation se reserva el derecho a su sola y exclusiva discreción de cancelar/cambiar la preparación/concreción del Sueño en cualquier momento después de firmar este Contrato, si la organización estima que el Sueño pondrá en peligro la salud o la seguridad del/de la receptor/a. Por lo tanto, pedimos que todos los Sueños sean realistas para el/la receptor/a y para poder ser concretados por la Dream Foundation.