



Unidos por Waukesha Fondo Comunitario

Gestionado por la Fundación Comunitaria del Condado de Waukesha

Formulario Uniforme de Solicitud

Fecha límite de declaración: 28 de febrero, 2022

Si necesita asistencia para completar el presente formulario, por favor comuníquese al (262) 513-1861 o al email: info@waukeshafoundation.org

Favor de seleccionar la alternativa que más se asemeje a su circunstancia:

- Solicitud para Víctima que ha sido hospitalizada
- Solicitud para Víctima tratada en Hospitales del área de los condados de Waukesha y Milwaukee (o tratada por un médico particular) como emergencia ambulatoria
- Estuvo presente en el desfile de Navidad en Waukesha
- Rescatistas, Paramédicos y otros profesionales atendiendo víctimas

1. Información de la Víctima

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Otros nombres usados: _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ SSN/TIN ((solamente últimos 4 dígitos): _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País (si es distinto a los Estados Unidos): _____

Teléfono Hogar: _____ Teléfono Trabajo: _____

Teléfono Móvil: _____ Email: _____

Favor devolver este formulario incluyendo documentación de respaldo a: Waukesha County Community Foundation

2727 N. Grandview Blvd., Suite 301
Waukesha, WI 53188

LA SOLICITUD DEBE TENER SELLO POSTAL FECHADO A MÁS TARDAR EL 28 DE FEBRERO, 2022

2. Persona que completa solicitud *(si es distinta a la víctima)*

Si el solicitante es un menor de edad o un adulto con incapacidad, favor de facilitar nombre, dirección y número telefónico de la persona que realiza la solicitud a nombre del solicitante. Para solicitudes de menores de edad o adultos con incapacidad, favor de adjuntar evidencia de capacidad de representante, tal como poderes, tutela, nombramiento de tutor ad litem, padre o madre con custodia, o el equivalente requerido por la ley del estado/provincia donde reside el menor de edad o adulto con incapacidad.

Relación con la víctima:

Cónyuge

Padre/Custodio Tutor

Otro *(favor describir)*: _____

Primer Nombre Solicitante: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento *(mm/dd/aaaa)*: _____

SSN/TIN *(Solo últimos 4 dígitos)*: _____

Dirección 1 *(si es diferente a la dirección de la víctima declarada anteriormente)*: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

País *(si es distinta a los Estados Unidos)*: _____

Teléfono Hogar: _____

Teléfono Trabajo: _____

Teléfono Móvil: _____

Email: _____

3. Abogado u Otro Representante *(si aplica)*

Nombre: _____

Firma: _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Country *(if other than United States)*: _____

Teléfono: _____

Teléfono Alternativo: _____

Email: _____

4. Documentación de soporte (favor seleccionar la opción que corresponda)

Declaro haber adjuntado la siguiente información solicitada:

Evidencia de representación legal (si aplica) (Si el representante es un abogado, favor de adjuntar el Retention Agreement firmado tanto por el abogado como por el solicitante)

Prueba de relación con la víctima (si es que completa solicitud a nombre de la víctima): _____

Certificado de Nacimiento Certificado de Matrimonio Otro (favor especificar describe): _____

Certificado Médico

(Una carta oficial emitida por el hospital o médico confirmando lo siguiente: i) fecha de ingreso al hospital o establecimiento de salud ii) fecha de alta del hospital o establecimiento de salud, y iii) naturaleza de la lesión y que esta se haya producido como resultado de la asistencia al desfile de Navidad de Waukesha.)

Otro _____

5. Pago: Cheque pagadero a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País (Si es distinto a los Estados Unidos): _____

Cheques serán enviados por correo certificado.

6. Firma

Si la víctima es un menor de edad, ambos padres deben firmar este formulario. Si ambas firmas no pueden ser obtenidas, favor de explicar el porqué:

Firma solicitante

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es veraz y exacta según mi leal saber y entender, la firma del solicitante no constituye renuncia a ningún derecho legal. Adicionalmente, entiendo que falsas declaraciones en conexión con esta solicitud serán derivadas a los organismos de seguridad correspondientes para posibles investigaciones. Al presentar esta solicitud, entrego consentimiento al comité UWCF o a sus representantes a verificar la información proporcionada en esta solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Firma Segundo Progenitor (isi aplica)

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es veraz y exacta según mi leal saber y entender, la firma del segundo progenitor no constituye renuncia a ningún derecho legal. Adicionalmente, entiendo que falsas declaraciones en conexión con esta solicitud serán derivadas a los organismos de seguridad correspondientes para posibles investigaciones. Al presentar esta solicitud, entrego consentimiento al comité UWCF o a sus representantes a verificar la información proporcionada en esta solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Declaración Jurada

EN EL ESTADO DE _____ [Estado donde firma]

CONDADO DE _____ [Condado donde firma]

POR LA PRESENTE el declarante, _____ [nombre], a quien se le tomó juramento y bajo esta declara lo siguiente:

1. Yo _____ [nombre].
Soy mayor de 18 años y capacitado para testificar en atención a lo precedentemente expuesto.
2. Solicito beneficios al Fondo Comunitario Unidos por Waukesha.
3. Escriba sus iniciales en las declaraciones aplicables a continuación:

_____ Me encontraba físicamente presente o estoy solicitando a nombre de alguien que estaba físicamente presente en el desfile de Navidad de Waukesha a la hora del incidente el pasado 21 de noviembre, 2021 (el "11/22 Parade") sufriendo traumas físicos o psicológicos como resultado de esta asistencia.

_____ Soy rescatista, paramédico u otro profesional que ha atendido víctimas que estuvieron presentes en el desfile del 11/22 y he sufrido trauma psicológico como resultado del servicio prestado.

Describe brevemente síntomas o lesiones:

4. He completado todos los requerimientos de esta solicitud y toda la información proporcionada es veraz y exacta.

EL DECLARANTE NO AGREGA MAS.

[Firma declarante]

Nota: La presente debe ser firmada ante la presencia de un Notario.
No firmar hasta que un Notario se lo indique.

Jurado y suscrito ante mí el _____ día de _____ [mes], 2021

Notario Público

Mi nombramiento expira: _____