

# 5 UNDER FORTY

*LA CORPORACION, FUNDACION 5 UNDER 40 ( "5 UNDER 40" O "FUNDACION 5 UNDER 40" ) ES UNA ORGANIZACION 501(C)(3). DEDICADA A PROVEER FONDOS PARA EL BIENESTAR MEDICO Y SERVICIOS DE BELLEZA PARA MUJERES MENORES DE 40 ANOS QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADAS DE CANCER A LA MAMA, O TENGA UN ESTUDIO POSITIVO DE UNA MUTACION DEL GEN BRCA.*

## APLICACION

### **DIRECTRICES DE 5 UNDER 40:**

TODAS LAS APLICACIONES QUALIFICANTES SERAN SOMETIDAS A 5 UNDER 40, PARA CONSIDERACION DE ASISTENCIA FINANCIAL. PAGOS SE HARAN DIRECTOS A LOS PROVEEDORES DE BIENESTAR MEDICO Y SERVICIOS DE BELLEZA.

### **CRITERIA DE CUALIFICACION:**

- \* DEBE SER UNA MUJER DIAGNOSTICADA ENTRE LAS EDADES DE 18-39 ANOS; Y
- \* HABER RECIBIDO SU PRIMER DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA O UNA RECURRENCIA EN O DESPUES DEL PRIMERO DE ENERO DEL 2012; O
- \* HABER RECIBIDO UN RESULTADO POSITIVO DEL GEN BRCA, EN O DESPUES DEL PRIMERO DE ENERO DEL 2012. DIAGNOSTICO DE CANCER A LA MAMA NO REQUERIDO; O
- \* SER O ESTAR INTERESADO EN SER, UN PACIENTE DE UN PROVEEDOR MEDICO, DE BIENESTAR O BELLEZA QUE PARTICIPA CON 5 UNDER 40.

### **INSTRUCCIONES:**

- \* LA PERSONA INTERESADA, COMPLETAR LAS SECCIONES 1-3, 5 Y 6.
- \* LA SECCION NUMERO 4, SOLO PUEDE SER LLENADA POR UN DOCTOR O ENFERMERA. NO EL PACIENTE. PERSONA INTERESADA DEBE TENER ESTA SECCION #4 LLENADA PARA PODER RECIBIR FONDOS PARA SERVICIOS DE BIENESTAR MEDICOS.
- \* UNA VEZ LLENADA ESTA APLICACION, PUEDE MANDARLA POR CORREO, CORREO ELECTRONICO O ENTREGAR EN PERSONA.

**SECCION #1:  
INFORMACION DEL APLICANTE:**

---

NOMBRE DEL APLICANTE FECHA DE NACIMIENTO

---

DIRECCION CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

---

NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO NUMERO DE TELEFONO SEGUNDARIO

---

CORREO ELECTRONICO

---

OCUPACION

---

NOMBRE DEL EMPLEADOR NUMERO DE TELEFONO

COMO ESCUCHO ACERCA DE NOSOTROS? PORFAVOR MARQUE UNA DE LAS OPCIONES

PAGINA DE WEB      MEDIA SOCIAL    AMISTAD    MIEMBRO DE FAMILIA  
TRABAJADOR SOCIAL    MEDICO

SI OTRO; POR FAVOR INDIQUE:

---

**SECCION #2.  
SERVICIOS**

PORFAVOR PONGA UN RANKING EN LOS 3 PRIMEROS SERVICIOS QUE LE GUSTARIA RECIBIR DE LA FUNDACION DE 5 UNDER 40.

**SERVICIO MEDICO:**

- \_\_\_\_\_ TATTOO 3D DE AREOLA
- \_\_\_\_\_ RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA
- \_\_\_\_\_ SONOGRAMA DE MAMA
- \_\_\_\_\_ EXAMEN DE MAMA CLINICO
- \_\_\_\_\_ SESIONES DE TERAPIA DE LINFEDEMA
- \_\_\_\_\_ MAMOGRAMA
- \_\_\_\_\_ CONSEJERIA MENTAL
- \_\_\_\_\_ SESIONES DE TERAPIA FISICA
- \_\_\_\_\_ LA TERAPIA DE MASAJE MÉDICO

**BIENESTAR MEDICO:**

- \_\_\_\_\_ CLASES DE BARRE
- \_\_\_\_\_ REUNIONES EN GRUPO
- \_\_\_\_\_ CONSEJERIA NUTRICIONAL
- \_\_\_\_\_ REUNIONES EN PERSONA
- \_\_\_\_\_ SESIONES CON ENTRENADORES FISICOS
- \_\_\_\_\_ CLASES DE YOGA

**BELLEZA:**

- \_\_\_\_\_ EXTENSIONES DE CABELLO DESPUES DE TRATAMIENTO
- \_\_\_\_\_ COLOR DE CABELLO DESPUES DE TRATAMIENTO
- \_\_\_\_\_ CONSULTA DE CABELLO
- \_\_\_\_\_ CORTE DE CABELLO DESPUES DE TRATAMIENTO
- \_\_\_\_\_ PELUCA DE CABELLO HUMANO
- \_\_\_\_\_ SESIONES DE MAQUILLAJE (CON EXTENSIONES DE PESTANAS Y CEJAS)
- \_\_\_\_\_ CLASE DE PELUCA
- \_\_\_\_\_ APLICACION DE MAQUILLAJE PROFESIONAL
- \_\_\_\_\_ PELUCA SINTETICA
- \_\_\_\_\_ CEPILLADO DE PELUCA
- \_\_\_\_\_ CORTE DE PELUCA
- \_\_\_\_\_ HALO DE LA PELUCA

**SECCION #3.  
INFORMACION MEDICA**

TIENE SEGURO MEDICO? \_\_\_\_\_

SI LA RESPUESTA ES SI, COMPLETE ESTA SECCION:

---

PROVEEDOR DE SEGURO	#DE POLIZA	NOMBRE,# DE GRUPO
---------------------	------------	-------------------

---

DIAGNOSTICO CLINICO	FECHA DE DIAGNOSTICO	EDAD DEL DIAGNOSTICO
---------------------	----------------------	----------------------

---

HOSPITAL/CENTRO DE TRATAMIENTO	CIUDAD	ESTADO
--------------------------------	--------	--------

---

NOMBRE DE DOCTOR	NUMERO TELEFONICO
------------------	-------------------

---

CORREO ELECTRONICO**DOCTOR ADICIONAL (OPCIONAL)**

---

NOMBRE DE DOCTOR	NUMERO TELEFONICO
------------------	-------------------

---

CORREO ELECTRONICO

PORFAVOR FIRME DEBAJO SI ESTA INTERESADA EN RECIBIR SERVICIOS MEDICOS.

---

NOMBRE DEL APLICANTE

---

FIRMA DEL APLICANTE	FECHA
---------------------	-------

**SECCION #4:  
INFORMACION DEL MEDICO**

ESTA SECCION NO DEBE SER LLENADA POR EL APLICANTE- SOLO LLENADA POR UN MEDICO

---

PHYSICIAN NAME	SPECIALTY	TITLE
----------------	-----------	-------

---

ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
---------	------	-------	----------

---

WORK PHONE	CELL PHONE (IN CASE OF EMERGENCY ONLY)
------------	--

---

WEBSITE	EMAIL ADDRESS
---------	---------------

PLEASE ILLUSTRATE WHY THIS ELIGIBLE APPLICANT SHOULD BE CONSIDERED TO RECEIVE SERVICES AND/OR FUNDING FROM 5 UNDER 40 FOUNDATION:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**SECCION #5:  
SERVICIOS DE BIENESTAR**

PORFAVOR FIRME SI ESTA INTERESADA EN RECIBIR SERVICIOS DE BIENESTAR.

---

NOMBRE DE LA APLICANTE

---

FIRMA DE LA APLICANTE

FECHA

**SECCION #6  
SERVICIOS DE BELLEZA**

PORFAVOR FIRME SI ESTA INTERESADA EN RECIBIR SERVICIOS DE BELLEZA.

---

NOMBRE DE LA APLICANTE

---

FIRMA DE LA APLICANTE

FECHA

**SECCION #7**  
**NOTA LEGAL**

5 UNDER 40 NO PROVEE CONSEJO MEDICO. 5 UNDER 40 NO RECOMIENDA PROVEEDORES MEDICOS, DE BIENESTAR, O DE BELLEZA. MAS BIEN, SI A UDSTED LE GUSTARIA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA DE 5 UNDER 40 PARA ESTOS SERVICIOS, TIENE QUE UZAR UNO DE NUESTROS PROVEEDORES.

RECIPIENTES POTENCIALES Y RECIPIENTES (CUALQUIERA QUE RECIBE SERVICIOS DE 5 UNDER 40, PAGADOS O NO. DEBERA MANTENER INDEMNEMENTO A 5 UNDER 40 CONTRA CUALQUIER DANO, DEMANDA LEGAL, RECLAMACIONES LEGALES, PASIVOS, PERDIDAS, JUICIOS, COSTOS Y GASTOS OCASIONADOS POR GOLPE FISICO O PERSONAL (INCLUYENDO MUERTE) O DANO A LA PROPIEDAD OCASIONADA TALVEZ POR ALGUN PROVEEDOR MIENTRAS LES DABA SERVICIOS. SI ES QUE EL PROVEEDOR HAYA SIDO NEGLIGENTE O NO. INCLUYENDO PERO NO LIMITADO CON ALGUNAS COMPLICACIONES IMPREVISTAS. MAL FUNCION DE ALGUN DISPOSITIVO MEDICO. O CUALQUIER CAUSA NO ANTICIPADA Y INCUMPLIMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD.

PORFAVOR FIRME

---

NOMBRE DEL APLICANTE

---

FIRMA DEL APLICANTE

---

FECHA

- \*TODA LA INFORMACION ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y SOLO PARA EL USO DE 5 UNDER 40
- \*TODOS LOS SERVICIOS ESTAN SUJETO A APROVACION POR LA FUNDACION, CORPORACION 5 UNDER 40 Y SON PAGADOS DEBAJO DE LAS DIRECTRICES FINANCIERAS Y GEOGRAFICAS PUESTAS POR LA FUNDACION, CORPORACION 5 UNDER 40.
- \*SERVICIOS SON LIMITADOS A UN PRESUPUESTO PREDETERMINADO.
- \*UNA VEZ LOS FONDOS SEA DISTRIBUIDO NO PODRA SER REASIGNADO.
- \*TODOS LOS SERVICIOS QUE SON RENDIDOS PARA EL APLICANTE SON ACEPTADOS DE FORMA VOLUNTARIA SIN LIMITES A LA CORPORACION, FUNDACION 5 UNDER 40.