

Bráctea

Solicitud de la financiación del subsidio

de

(Apellidos, Nombres en letra de imprenta)

(Fecha de nacimiento – día-mes-año en números)

a

Help! – Wir helfen! e.V.

Ayuda!-Nosotros ayudamos! Sociedad registrada

Eichenweg 6

D- 74545 Michelfeld

Germany

Alemania



1 Información sobre la sociedad registrada y uso del formulario

Quiénes somos?

La organización „Help! - Wir helfen! e.V.“ sociedad registrada es una asociación de interés común con sede en Schwäbisch Hall (Alemania). La asociación ayuda con proyectos allí, donde personas, particulares sobre todo niños y jóvenes que hasta ahora esperan necesitando urgentemente un tratamiento médico (operaciones, medicamentos), porque ni el sistema social del estado ni las familias pueden asumir los costos. El tema dice: Ayuda para ayudarse a si mismo!

Qué requisitos y convenios son válidos?

Los siguientes documentos deben presentarse:

- Solicitud completa para una ayuda financiera con detallado informe del médico y **fotos** del paciente **antes** del tratamiento médico
- Informe del médico y fotos del paciente **después** del tratamiento.
- Derecho de utilización del informe médico y fotos del tratamiento médico y su desarrollo para fines publicitarios de la asociación „Ayuda! – nosotros ayudamos!“ sociedad registrada en Alemania.

El compromiso de una ayuda de nuestra parte dura 6 meses. Es válida por escrito.

Cómo se utiliza la solicitud ?

La solicitud contiene los datos del paciente (afectado) , su medio social y financiero como la solicitud del apoyo financiero para el tratamiento específico. A la solicitud pertenecen también los médicos, el procedimiento del tratamiento médico y la información del médico del hospital. El formulario del subsidio es una parte fundamental de la documentación con respecto a la donación de nuestra asociación.

Para la estadística del diagnóstico utilice Usted los capítulos del 7.1 hasta 7.3 para los resultados y evolución del tratamiento emplee Usted los correspondientes anexos del formulario.

A quién envío los documentos?

Envíe Usted los documentos electrónicamente (escaneados, solicitud, fotos, informes...) a:

report@help-wirhelfen.de

2 Datos de la Solicitud

2.1 Datos del paciente afectado

Apellidos, nombres: _____

Sexo: femenino masculino diverso nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento (día, mes, año): _____ país de nacimiento y lugar: _____

Edad: _____ profesión: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ teléfono: _____

2.2 Datos de los padres/titular del derecho (para menores de edad)

Apellidos/Nombres	Fecha de nacimiento	profesión
Padre: _____	_____	_____

Madre: _____	_____	_____
--------------	-------	-------

Número de teléfono (Padre/Madre): _____

Correo electrónico: _____

2.3 Datos de las personas a las que les pertenece la casa (Esposo/a, hermanos ...)

Apellidos/Nombres	Fecha de nacimiento	Escuela/formación/profesión
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2.4 Indigencia/necesidad: Ingreso mensual de las personas que pertenecen a esa casa

2.4.1 Ingresos mensuales

	Afectado	esposa/ Compañero	padres	hijos	otras personas
Salario/sueldo	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Renta	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Prestaciones sociales	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Subsidio familiar por hijos	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
_____	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
_____	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Subtotal	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Suma total					_____ €

2.4.2 Gastos médicos anuales extraordinarios ...

para _____ €

para _____ €

3. Financiación de los costos de tratamiento y así como la solicitud para la aceptación de los costos

3.1 Costos totales del tratamiento _____ €

de esto _____ € para _____

de esto _____ € para _____

de esto _____ € para _____

vea el presupuesto de los costos medicinales (día, mes, año) _____

3.2 Financiación parcial de un seguro de enfermedad o parecido _____ €

no si de (nombre, tel.):

3.3 Financiación parcial de otras organizaciones, familia, amigos _____ €

no si de (nombre, tel.):

3.4 Solicitud para la aceptación de los costos

Se solicita la aceptación de los costos a „Help! – Wir helfen! e.V.“

„Ayuda, nosotros ayudamos! Sociedad registrada“ en un importe por _____ €

4. Datos de contacto de hospitales, consultorios, médicos

(1) Hospital para el tratamiento clínico (nombre, país, lugar, teléfono, correo-electrónico)

(2) Asistencia médica para los tratamientos ambulatorios (Nombre, país, lugar, teléfono, correo-electrónico):

5. Declaración sobre la financiación del tratamiento médico

Yo declaro que el fomento de las medidas financieras no sobre pasan el 100% de los costos totales incurridos. El presupuesto médico está adjunto. Yo aseguro que las informaciones proporcionadas son exactas al leal saber y entender.

Fecha: _____

(Firma del paciente o del titular del representante legal de menores de edad)

6. Consentimiento para el uso de documentos y fotografías

Yo,

(Nombre del paciente o del titular del representante legal de menores de edad)

afirmo que Help! – Wir helfen! e. V. (e. V. = sociedad registrada) recibe el derecho y la autorización absoluto e irrevocable de usar las fotografías, radiografías e información del paciente etc., que de mí o del paciente a través de Help! – Wir helfen! e. V. o del delegado para eso (empleados del hospital, médicos etc.) fueron elaboradas o que he puesto a disposición, que se utilizarán como sigue:

- a) Publicarlas bajo su propio nombre o cualquier otro nombre elegido con los derechos de autor Help! – Wir helfen! e. V.
- b) Para utilizar las fotografías también repetidamente para su publicación en el mismo o cualquiera otra relación, individualmente o junto con otras fotografías en los medios de comunicación (impresión, internet, etc.) para la ilustración de informaciones y para fines publicitarios o de publicidad, sin limitarse a esto. Estoy de acuerdo de que mi nombre será mencionado en todo tipo de publicaciones.
- c) Para transmitir las fotografías y las informaciones hechas por mí para exámenes a terceros – también electrónicamente – y también para almacenarlas en forma electrónica.

Renuncio expresamente a todas las reclamaciones y derechos, que tengo de ello, ante Help! – Wir helfen! e. V. y las personas que hicieron las fotografías e informes y que los utilizan en nombre de Help! – Wir helfen! e. V. para propósitos de la asociación.

Libero las fotos y los informes para el uso a través de Help! – Wir helfen! e. V. Esto también es válido para las fotos e informes que otras instituciones (médicos/hospitales, etc.) hicieron o dejaron hacer como por ejemplo radiografías y/o fotos de ultrasonido. etc.

He leído esta declaración y he entendido completamente su contenido.

(Lugar y fecha)

(Nombre en letra de imprenta)

(Firma del paciente o del representante legal de menores de edad)

7.1 Formulario de hallazgo para mandíbulas hendidas, labio leporino y paladar hendido (Cleft) – Estado antes del tratamiento

1. Resumen del historial médico incluyendo las enfermedades anteriores

2. Diagnóstico(s)

3. Tratamiento previsto/ resultado esperado

4. Situación de salud actual /resultado del laboratorio

5. Complemento documentación de la foto de valor informativa antes de la operación se debe adjuntar:

7.2 Formulario de hallazgo para enfermedad de los ojos (por ejemplo cataratas*) – Estado antes del tratamiento

1. Diagnóstico(s)

2. Tratamiento previsto (por favor marque)

- Ojo derecho Ojo izquierdo
-

3. Hallazgos oculares con documentación fotográfica informativa

	Ojo derecho	Ojo izquierdo
La visión lejana la mejor corregida		
Refracción		
Presión ocular		
Hallazgo de la lámpara de hendidura		
Hallazgo del fondo de ojo		

4. Suplemento, hasta donde sea relevante para la enfermedad ocular (resumen del historial médico o enfermedades previas)

* Requisito previo para financiar una operación de cataratas:

- El visus binocular, corregida a lo mejor, debe que se ser mas pequeño que 0,3 (basada en la definición de discapacidad visual según WHO nivel 1). Es obligatorio de añadir los imagenes de la lampara de hendidura antes y despues de la intervencion con las fotos de la lente de la catarata antes de la intervencion y de la lente intraocular.

7.3 Formulario de hallazgo para medicina general/cirugía por accidente/ortopédico tratamiento – Estado antes el tratamiento

1. Resumen del historial médico

2. Diagnóstico(s)

3. Tratamiento previsto/ resultado esperado

4. Resultados del examen físico

- Capacidad de caminar – con o sin ayuda para caminar

- Distancia a pie en metros(m)

- Situación de dolor:

- En el reposo: El uso regularmente de analgésicos durante 24 horas

- En el movimiento/caminar: Los analgésicos son necesarios regularmente

- Que déficits funcionales existen en la vida cotidiana?

- Agilidad activa de las articulación afectos según el método neutral-0- (existencia- (E-)- flexión (F)), por ejemplo articulación de rodilla 10-0-90 grados:

- La agilidad pasiva: E-F
-

- La estabilidad de la articulación
-

5. Resultado del laboratorio

- El valor hb (oxy hemoglobin)
- El recuento de las células sanguíneas
- ...

6. Imágenes de radiografía

- Scan (X-Ray)
- Archivo de la imagen (jpeg-datos)

7. Fotos del paciente

8. Observaciones

Anexo 1

Estado después del tratamiento para mandíbulas hendidas, labio leporino y paladar hendido (Cleft) –

1. El tratamiento ha terminado exitosamente

sí no

2. El tratamiento tiene que continuar. Otra operación es necesario. Otra solicitud nueva es obligada. Una solicitud nueva sigue.

sí no

3. Fotos de valor informativo después de la operación con herida cicatrizada se debe adjuntar señaladamente

- En caso del labio leporino (Cleft): con una cara sonriente, si es posible
- En caso del paladar hendido (Cleft): entera cabeza con mandíbula/paladar bien visible

Anexo 2

Estado después del tratamiento para enfermedad de los ojos (por ejemplo cataratas)

1. El tratamiento ha terminado exitosamente

si no

2. El tratamiento tiene que continuar. Otra operación es necesaria. Otra solicitud nueva es obligada. Una solicitud nueva sigue

si no

3. La documentación del foto se debe adjuntar señaladamente

- Fotos de la cara del paciente
- Fotos informativas del resultado de operaciones (ojos)

Anexo 3a

Estado después del tratamiento (10 días hasta 14 días) para Cirugía general / cirugía por accidente / tratamiento ortopédico

**1. Información sobre todo del proceso de tratamiento / incidencias indeseables/
complicaciones:**

2. Tratamiento realizado:

3. Rehabilitación necesaria: si no

4. Alta del hospital: después de _____ días

5. Tratamiento postoperatorio ambulatorio obligado: si no

En caso afirmativo, que tipo? _____

Prótesis/vendaje obligado ? si no

6. Herida de la operación curada: si no

7. Síntomas de inflamación: si no

8. Rayos X después (Scan-imágenes) está incluida

9. Observaciones

Anexo 3b

**Estado después del tratamiento (6 a 8 semanas) para
Cirugía de general, cirugía por accidente, tratamiento ortopédico**

1. Fecha del último proceso de control médico /seguimiento:

2. Molestias del paciente:

3. Síntomas de inflamación: sí no

4. Estado funcional:

- La medida de la agilidad de la articulación a partir del método neutral-0-
- (Extensión(E)- Flexión(F)), por ejemplo articulación de la rodilla 10-0-90 grados

▪ Agilidad pasiva de la articulación (E- F): _____

▪ Estabilidad de la articulación : _____

▪ Señales de atrofia muscular de la extremidad afectada: sí no

▪ Signos de tumefacción: sí no

▪ Cicatrización de la herida sin problema: sí no

▪ Recorrido en metros sin asistente: _____

▪ Asistente requerido: sí no

Solicitud y financiación del subsidio



5. Foto y documentación del paciente:

está incluida

6. Rayos X en dos posiciones:

- Scan 6 semanas después de la operación

está incluida

7. Otros tratamientos son obligados:

si no

En caso afirmativo, que tipo de tratamiento? _____

8. Observaciones:
