

# Noel Alexandria Foundation

## La Guía de Aplicación



### La Asistencia Funeral para Los Niños (18 semanas del embarazo a 12 meses):

- Si él bebé fue entre 18 semanas del embarazo a 12 meses, llenar la aplicación para los niños por favor.
- Noel Alexandria Foundation **puede proveer asistencia arriba a \$500** para los costos funerales, incluyendo marcadores de tumbas.
- Noel Alexandria Foundation **puede proveer asistencia arriba a \$250** para cremación y los servicios profesionales (incluyendo, pero no limitado a, la transportación, el contenedor de cremación, y servicios de funeral). Un adicional de \$250 de asistense es posible si la familia escoge una urna especial, mercancías, joyería memorial, o otras cosas que cuestan mas que el precio original de \$250.)
- La familia puede aplicar seis meses despues de la muerte del niño (18 semanas del embarazo a 12 meses).
- **La Aplicación es válido por 30 días.** Tiene que aplicar de nuevo despues que 30 días cuando no hay un proceso de pago. Tambien, no hay una garantía para recibir asistencia financiera.

The Noel Alexandria Foundation paga la casa funeraria y/o el cementerio directamente. Tambien le pide que la casa funeraria no dar fondos a las familias y es necesario que hay un saldo pendiente para recibir asistencia.

### La Aplicación no Hay una Garantía para Recibir Asistencia Financiera

#### Asistencia de Recursos:

- **Oso Ángel:** Las Familias reciben un oso ángel después de la muerte del bebé (18 semanas del embarazo a 12 meses). **Disponibilidad Limitada**
- **Grupos de Apoyo: El Grito Silencioso** –Para honrar las familias y la pérdida de su querido bebés
- **Apoyo Emocional:** terapia individual/la consultación
- **Mensajes para el Cumpleaños de Bebé Ángel:** Cumpleaños E-Cards & Mensajes de Social Media a su bebé ángel
- **El Kit de Confort Por El Malparto:** Los kits gratis para las familias que tienen una perdida. **Disponibilidad Limitada**

**Todos los servicios son gratis a la comunidad. Unos servicios son limitados por el financiamiento.**

#### Solicitar Para Asistencia:

- Email: [info@noelalexandriafoundation.org](mailto:info@noelalexandriafoundation.org) o la aplicación online
- Llenar completamente la aplicación para asistencia online y email una declaración de los servicios prestado y una copia del certificado de muerte o un documento medical (necesita las dos páginas del certificado muerte de bebé).
- Si está esperando por el certificado de muerte final, enviar una copia extracto y el archive, para empezar el proceso.

## La Fundación Noel Alexandria no paga por:

- Los gastos que son treinta días después los servicios funerales, pasaje aéreo, las notas de obituario o otros gastos.
- Los embarazos que estuvo terminado selectivamente; pero, nosotros podemos proveer apoyo emocional y otros recursos.

**Atención:** Cada familia lo llamar del Noel Alexandria Foundation para confirmar la necesita.

## Si tiene otras preguntas:

Contáctenos a 661.379.7162 o envíenos un correo electrónico a: [info@noelalexandriafoundation.org](mailto:info@noelalexandriafoundation.org)

**Después de entregar el formulario, lo contactáramos en dos días para el repaso.** Si quiere apoyo emocional solamente, llenar Sección 1. Por favor, nos piden que usar todos los opciones antes de solicitar por nuestros servicios. Si necesita una aplicación rápido o una actualización en el de la aplicación, por favor contactenos a (661) 379-7162 o [info@noelalexandriafoundation.org](mailto:info@noelalexandriafoundation.org).

**La Fundación no puede reembolsar para los gastos ya pagado.**

## Solicitud por Asistencia (elige la ayuda que necesitas)

- Asistencia Recurso**
  - Oso Ángel
  - Grupo de Apoyo
  - Apoyo Emocional
  - Mensajes de Cumpleaños de bebé Ángel
  - Kits de Confort
- Asistencia Financiera para Funeral de bebe** (18 semanas del embarazo a 12 meses)
- Bebé** (una urna especial, mercancías, joyería memorial, otras cosas que cuestan más que el precio original de \$250) Lista Por Favor: \_\_\_\_\_

El Nombre de bebé (s): \_\_\_\_\_

¿La fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_

## El Género y:

- Hembra  Masculino

¿La fecha de muerte? \_\_\_\_\_

¿Cuántos meses del embarazo estuviste? \_\_\_\_\_

¿Donde nació él bebé (el hospital, etc.)? \_\_\_\_\_

## Causa de la Muerte

- Defectos de Nacimiento
- Nacimiento Prematuro
- Smsl
- Otro por favor explique: \_\_\_\_\_
- Nacimiento de un niño muerto
- Homicida
- Accidente

## Fue este embarazo terminado selectivamente?

- Si  No

¿Como supiste del Noel Alexandria Foundation?

---

### Información de Los Padres (Sección 1)

Idioma Preferido

- Ingles  Español  
 Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_

Dob: \_\_\_\_\_

Unicidad: \_\_\_\_\_

La Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Numere o Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Etnicidad: \_\_\_\_\_

La Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_

Numere o Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

- Soltero  Apartado  
 Casado  Viudo  
 Divorciado

Para proveer apoyo a toda la familia durante este tiempo duro, hacer una lista de los niños que vivir en su casa (incluye las edades de los niños por favor).

- 
- Niño 1 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
- Niño 2 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
- Niño 3 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
- Niño 4 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
- Niño 5 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
- Niño 6 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombres Adicionales:

---

### Asistencia Financiera (Sección 2)

Si quiere apoyo emocional solamente, no tiene que llenar esta sección.

Asistencia Financiera para Los Bebés Ángeles: La Guía y Requisitos de Fondo Memorial

- Bebe tiene 18 semanas del embarazo a 12 meses.
- Los servicios de funeral no hacen más que 30 días.

Si no Califica por servicios, es posible que puede usar otros servicios de N.A.F. Contactenos para mas asistencia a (661) 379-7162 or [info@noelalexandriafoundation.org](mailto:info@noelalexandriafoundation.org).

### Información de Madre:

Empleador: \_\_\_\_\_

Título Profesional: \_\_\_\_\_

### Información de Padre:

Empleador: \_\_\_\_\_

Título Profesional: \_\_\_\_\_

### Ingreso Anual del Hogar

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0-\$16,000        | <input type="checkbox"/> \$32,000 - \$65,000 |
| <input type="checkbox"/> \$16,000 - \$32,000 | <input type="checkbox"/> \$65,000+           |

Si tiene altos ingresos, por favor explique las circunstancias imprevistas:

---

---

**Solicitud por Asistencia** (elige la ayuda que necesitas)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Estado (SSI, Estampilla de Comida, Etc.) | <input type="checkbox"/> Familia/ Amigos                     |
| <input type="checkbox"/> Afiliación Tribal                                      | <input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo             |
| <input type="checkbox"/> Afiliación Religiosa                                   | <input type="checkbox"/> Recaudación de Fondos               |
| <input type="checkbox"/> La Fundación de Hospital                               | <input type="checkbox"/> Ahorros Personal/Tarjeta de crédito |

¿Hay una recaudación de fondos para ayuda con los servicios de funeral? Incluye la información de recaudación de fondos aquí, por favor.

---

---

La Casa Funeraria (si tiene): \_\_\_\_\_

El Director de La Casa Funeraria (si sabe): \_\_\_\_\_

La Dirección de La Casa Funeraria: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_

Numere o Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Tuvo una junta con el Director de La Casa Funeraria?

- Si  No

La Fecha de la junta (si sabe): \_\_\_\_\_

Tipo de Servicios:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cremación | <input type="checkbox"/> Marcadores de Tumbas |
| <input type="checkbox"/> Entierro  |   |

¿Qué cantidad está solicitando de N. A.F.?

---

Nombre del Cementerio: \_\_\_\_\_

La Direccion del Cementerio: \_\_\_\_\_

***Yo certifico de la firma que toda es la verdad y correcta, según entiendo.***

Nombre (Letra de Molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Miran:

Nombre (Letra de Molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Cuestionario Suplementario para SIDS o Síndrome Muerte Súbita Infantil (Sección 3) Opcional

Llenar el formulario por el caso potencial de **Síndrome Muerte Súbita Infantil**. Por favor, no llenar este parte si el Bebe no tuvo SIDS. Esta información puede ayudarnos en el future para investigación y prevencion. Gracias por la ayuda y apoyo! Nuestros corazones son con Ustedes durante este tiempo difícil y triste.

¡No está solo! Por favor, Contáctenos a (661) 379-7162 o at [info@noelalexandraifoundation.org](mailto:info@noelalexandraifoundation.org).

¿Dónde él bebe estaba durmiendo durante la muerte?

- La Cama de los Padres
- Paseante
- Asiento de Coche
- Sofá
- La Cama de Otra Familia o Amigo
- La Cuna
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Qué posición estaba él bebé cuando durmiendo?

- Espalda
- Estómago
- Lado

Si su bebé estaba durmiendo en la cuna, había las mantas sueltas, los animales rellenos, protector para cuna, ¿o las almohadas?

- Si
- No

¿Él bebé estaba durmiendo con un adulto?

- Si
- No

Alguien fuma los cigarrillos en la casa? (Escoge si también para personas que fumar afuera solamente)

- Si
- No

---

Para ser completado por Noel Alexandria Foundation

#### Comité revisado

- La solicitud ha sido aprobada para asistencia financiera.
- Actualmente la fundación no puede proporcionar asistencia financiera.

Firma del Comité: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del tesorero: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_