



RECEIVED (office use)

“...weep with those who weep.” Romans 12:15

11102 Sunrise Blvd. E., Suite 112, Puyallup, WA 98374

www.TheTearsFoundation.org

Solicitud de Asistencia Financiera para infantes

(20 Semanas de Gestación Hasta 1 año de Edad)

Fecha de hoy: Fecha de Servicios Estado de Residencia:

Nombre completo de su bebé: Género: Masculino o Femenino

Fecha y hora de nacimiento: Fecha y hora de fallecimiento: Edad en tiempo de fallecimiento:

¿Fue su bebé de término completo?: Sí o No (marque uno) Semanas de Gestación: ¿Fue su embarazo selectivamente terminado?: Sí o No (marque uno)

¿Si más de un fallecido, van a ser enterrados/ cremados juntos o por separado?

Causa (s) del fallecimiento (marque uno): Defectos de Nacimiento Prematuro SIDS Muerte Fetal Otro:

\* Si es posible que el fallecimiento es relacionada con SIDS o con el sueño, por favor llene el cuestionario complementario)

Liste razones específicas conocidas

Hospital de los Servicios / Nombre del Médico Forense:

Lista de Cualquier Página de Recaudación de Fondos Cantidad Recaudada

¿Cómo Se Usarán los Fondos Recaudados?

Etnicidad de su bebé, para fines estadísticas: (marque uno) Mezclado o Birracial (por favor especifique) Blanco

Asiático Hispano Africano Americano Indio Americano Isleño del Pacifico Medio Oriente Otro (por favor especifique)

Nombre completo de la Madre:

Correo electrónico: Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal: Condado:

Teléfono de hogar: ( ) # de celular: ( )

Ingresos de la Madre: \$ (marque uno) al año/ mensual / hora

Empleador de la Madre: # del Empleador ( )

Nombre completo del Padre:

Correo electrónico: Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal: Condado:

Teléfono de hogar: ( ) # de celular: ( )

Ingresos del Padre: \$ (marque uno) al año/ mensual / hora

Empleador del Padre: # del Empleador ( )

Ingresos Anual: \$0-\$16,000 \$16,000-\$32,000 \$32,000-\$65,000 \$65,000+



RECEIVED (office use)

“...weep with those who weep.” Romans 12:15

11102 Sunrise Blvd. E., Suite 112, Puyallup, WA 98374

www.TheTearsFoundation.org

(Asistencia Financiera es para las familias de bajos ingresos. Las familias con altos ingresos deben enumerar las circunstancias atenuantes para ser considerados para aprobación.)

¿Su familia recibe asistencia estatal, SSI, o estampillas para alimentos? \_\_\_\_\_

Estado Civil: (marque uno) Solteros- Viviendo Juntos / Solteros-No Viviendo Juntos / Casados / Divorciados / Separados

¿Actualmente / Anteriormente, en las Fuerzas Armadas? (marque uno) Servicio Activo / En la Reserva o Guardia Nacional / Retirado / Ex miembro del Servicio (no retirado)

Nombres y edades de hijos en el hogar \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra Fundación de TEARS? Por favor especifique. (Por ejemplo, Jane Doe de DSHS; John Doe Trabajador Social de Tacoma General)

Esta aplicación esta basada en necesidad y que se utilizará cuando se hayan agotado todas las demás opciones. Por favor, revise esta lista de otros recursos que pueden estar disponibles para ayudar con los gastos del funeral de su bebé. La Fundación TEARS espera que cada una de estas áreas sea explorada antes de solicitar asistencia a través de la Fundación TEARS.

- Asistencia del Estado
Afilación Tribal
Afilación Religiosa
Fundación del Hospital
Familia / Amigos,
Compañeros de Trabajo/
Empleador
Dependiente Militar
Ahorro Personal/ Tarjeta de Credito
Página GoFundMe/ Otra
Página de Recaudación de Fondos

NO PODEMOS REEMBOLSAR LOS FONDOS A SUS FAMILIAS. PARA ACELERAR SU APLICACIÓN, POR FAVOR LLAME AL (253) 200- 0944.

Yo verifico que toda la información anterior es verdadera \_\_\_\_\_ (firma del padre)

Por favor presente solicitud dentro de 30 días de servicios para ser considerados para recibir asistencia. Para información adicional sobre la aplicación, por favor visite la página www.thetearsfoundation.org o llame al (253) 200-0944.

Name of Funeral Home/ Nombre de la Casa Funeraria: \_\_\_\_\_

Address/ Dirección: \_\_\_\_\_

Email/ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

City/ Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal: \_\_\_\_\_

Phone Number/# de Telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Name of Funeral Director/ Nombre del Director: \_\_\_\_\_



RECEIVED (office use)

“...weep with those who weep.”

Romans 12:15

11102 Sunrise Blvd. E., Suite 112, Puyallup, WA 98374  
www.TheTearsFoundation.org

Amount Requested/ Cantidad Solicitada: \_\_\_\_\_ Burial/ Entierro \_\_\_\_\_ Cremation/ Cremación \_\_\_\_\_

Is family eligible for state, military, or other funeral benefits/ La familia califica por ayuda del estado, militar, o otros beneficios funerarios? Yes/Si No (circle one/ marque uno)

Name, address and phone number of place of interment/ Nombre, dirección y número de teléfono del lugar de entierro:

\_\_\_\_\_

Was there a balance left for funeral costs, beyond what TEARS is paying for/ Hay un saldo dejado por los gastos funerarios, más allá de lo que TEARS está pagando? Sí No (please circle one/ marque uno)

-If yes, please list the amount and items remaining for payment, and how the balance is being paid for/ En caso afirmativo, indique la cantidad y los artículos pendientes de pago, y cómo el balance será pagado:

\_\_\_\_\_

**Estamos Aceptando Aplicaciones Completas A Través De Los Sigüientes Métodos: Si Usted No Escucha De Nosotros En 48 Horas, Por Favor Llame Para Confirmar Que Hemos Recibido Su Solicitud.**  
Fax: 253-848-0299 Correo Electronico: office@thetearsfoundation.org  
Correo: 11102 Sunrise Blvd E, Suite 112 - Puyallup, WA 98374



RECEIVED (office use)

“...weep with those who weep.”

Romans 12:15

---

11102 Sunrise Blvd. E., Suite 112, Puyallup, WA 98374  
www.TheTearsFoundation.org

---

***\*\*Por favor llene para posibles fallecimientos infantiles relacionadas con SIDS/ SMSL(síndrome de muerte súbita del lactante) o con el sueño. Esta información nos ayudará en futuras investigaciones y datos para ayudar a prevenir la pérdida de un bebé. Gracias por apoyar estos esfuerzos.***

Nombre completo de su bebé \_\_\_\_\_

1. ¿Qué edad tenía su bebé? \_\_\_\_\_

2. Donde estaba su bebé durmiendo cuando falleció:

- \_\_\_\_\_ Cama de los padres
- \_\_\_\_\_ Carriola
- \_\_\_\_\_ Silla infantil
- \_\_\_\_\_ Sofá
- \_\_\_\_\_ Cama de otro miembro de la familia/ de un amigo
- \_\_\_\_\_ En la cuna
- \_\_\_\_\_ Otro – por favor describa

3. ¿Su bebe estuvo durmiendo en su espalda o en su estómago?

\_\_\_\_\_

4. Si su bebe estuvo durmiendo en una cuna, la cuna tenia algunas cubijas sueltas, juguetes, protectors de cuna, o almohadas?

- \_\_\_\_\_ Sí
- \_\_\_\_\_ No

5. Su bebe nazio de bajo peso o prematuramente?

- \_\_\_\_\_ Sí
- \_\_\_\_\_ No

6. Algun persona en el hogar fuma cigarillos?

- \_\_\_\_\_ Sí
- \_\_\_\_\_ No

7. En el tiempo de fallecimiento, su bebe estuvo durmiendo con un adulto?

- \_\_\_\_\_ Sí
- \_\_\_\_\_ No

Nuestros corazones estan con usted durante este tiempo tragico. Muchas gracias por proveer esta informacion y por ayudarnos en nuestro intento de investigar y reducir el SMSL y fallecimientos infantiles.



RECEIVED (office use)

*...weep with those who weep."*

*Romans 12:15*

---

11102 Sunrise Blvd. E., Suite 112, Puyallup, WA 98374

[www.TheTearsFoundation.org](http://www.TheTearsFoundation.org)

---

Usted no está solo y si desea el apoyo emocional adicional, póngase en contacto con nosotros en 253-200-0944.

For office use: State \_\_\_\_\_ Date of Death \_\_\_\_\_