**Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediables**

Gobierno de Puerto Rico

Departamento de Salud

PO Box 70184

San Juna, PR. 00936

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha

Estimados miembros de la Junta Evaluadora:

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito asistencia económica a la Oficina del

Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediables, para cubrir el tratamiento de; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Actualmente cuento con \_\_\_\_\_\_\_\_\_ años, con un diagnóstico de; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Al momento no cuento con los ingresos para costear el procedimiento médico y/o tratamiento, que será realizado en la facilidad; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Actualmente resido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

El costo del tratamiento es de aproximadamente $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito la ayuda económica por la misma cantidad.

Agradeceré su consideración a esta solicitud.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_