

APOYA UNA FAMILIA / HELP A FAMILY

SOLICITUD PARA AYUDA / HELP APPLICATION FORM

Información de la Familia / Family Information

Dirección física (physical address): Bo. Zamas Carr. 144 H 528 KI H1 Jayuya PR 00664

Jefe de familia (head of the family - mother, father, etc.): Nombre y apellido (name, last name)

Madre (mother): Estrella Gutierrez Rolón

Tamaño (size): Traje (dress) _____ Pantalones (pants) 6 Blusa (blouse) M

Zapatos (shoes) 8 1/2

Padre (father): Herminio Gutierrez Miranda

Tamaños (size): Pantalones (trousers) 30 x 34 Camisa (shirt) M Zapatos (shoes) 7

Niños (Children):

Niños (Boys) cantidad (how many): _____ Edades (ages) _____

Tamaños (sizes): Pantalones (trousers) _____ Camisas (shirts) _____ Zapatos (shoes) _____

Niñas (Girls) cantidad (how many): _____ Edades (ages) _____

Tamaños (sizes): Trajes (dresses) _____ Pantalones (pants) _____ Blusas (blouses) _____

Zapatos (shoes) _____

Necesidades Especiales / Special Needs

Favor enumerar cualquier necesidad especial adicional (sillas de ruedas, oxígeno, terapias especiales, medicamentos, etc.).

Please list any special additional need (wheel chairs, oxygen, special therapies, medications, etc.).

Medicamentos: Enalapril Maleate 5mg

Sábanas Twin, Camas, Nevera, Estufa, Lavadora, Microhonda, Muebles

Información del que llena el formulario (information from the person that completes the form)

Nombre (First Name)

Apellido (Last Name)

Correo electrónico (Email)

Teléfono de contacto (Phone)

APOYA UNA FAMILIA / HELP A FAMILY

SOLICITUD PARA AYUDA / HELP APPLICATION FORM

Información de la Familia / Family Information

Dirección física (physical address): Bo. Veguita, Sector Loma Santa Carr. 144 R 527 K1 H7 Jayuya

Jefe de familia (head of the family - mother, father, etc.): Nombre y apellido (name, last name)

00664

Madre (mother): Migdalia Figueroa Colón

Tamaño (size): Traje (dress) L Pantalones (pants) 15 Blusa (blouse) XL

Zapatos (shoes) 8

Padre (father): William Gonzalez Reyes

Tamaños (size): Pantalones (trousers) 38x30 Camisa (shirt) XL Zapatos (shoes) 9

Niños (Children):

Niños (Boys) cantidad (how many): _____ Edades (ages) _____

Tamaños (sizes): Pantalones (trousers) _____ Camisas (shirts) _____ Zapatos (shoes) _____

Niñas (Girls) cantidad (how many): _____ Edades (ages) _____

Tamaños (sizes): Trajes (dresses) _____ Pantalones (pants) _____ Blusas (blouses) _____

Zapatos (shoes) _____

Necesidades Especiales / Special Needs

Favor enumerar cualquier necesidad especial adicional (sillas de ruedas, oxígeno, terapias especiales, medicamentos, etc.).

Please list any special additional need (wheel chairs, oxygen, special therapies, medications, etc.).

GenFibrozil 600 mg

Nabumetone 500 mg a 750 mg

Lisinopril 40 mg

Camas, Nevera, Lavadora, Muebles, Microhonda, Ropa de Cama (full)

Información del que llena el formulario (information from the person that completes the form)

Nombre (First Name)

Apellido (Last Name)

Correo electrónico (Email)

Teléfono de contacto (Phone)

APOYA UNA FAMILIA / HELP A FAMILY

SOLICITUD PARA AYUDA / HELP APPLICATION FORM

Información de la Familia / Family Information

Dirección física (physical address): Bo. Veguita - Sect. Loma Santa Carr 144. R 527 k1 H7 Jayuya

Jefe de familia (head of the family - mother, father, etc.): Nombre y apellido (name, last name)

00664

Madre (mother): Beatriz Medina Fred

Tamaño (size): Traje (dress) _____ Pantalones (pants) _____ Blusa (blouse) _____

Zapatos (shoes) _____

Padre (father): _____

Tamaños (size): Pantalones (trousers) _____ Camisa (shirt) _____ Zapatos (shoes) _____

Niños (Children):

Niños (Boys) cantidad (how many): _____ Edades (ages) _____

Tamaños (sizes): Pantalones (trousers) _____ Camisas (shirts) _____ Zapatos (shoes) _____

Niñas (Girls) cantidad (how many): _____ Edades (ages) _____

Tamaños (sizes): Trajes (dresses) _____ Pantalones (pants) _____ Blusas (blouses) _____

Zapatos (shoes) _____

Necesidades Especiales / Special Needs

Favor enumerar cualquier necesidad especial adicional (sillas de ruedas, oxígeno, terapias especiales, medicamentos, etc.).

Please list any special additional need (wheel chairs, oxygen, special therapies, medications, etc.).

Ropa de cama - full y twin

Información del que llena el formulario (information from the person that completes the form)

Nombre (First Name)

Apellido (Last Name)

Correo electrónico (Email)

Teléfono de contacto (Phone)

APOYA UNA FAMILIA / HELP A FAMILY

SOLICITUD PARA AYUDA / HELP APPLICATION FORM

Información de la Familia / Family Information

Dirección física (physical address): Bo. Veguita Zama Carr 144 Ramal 55.27 10m 1.H7 Tayuya

Jefe de familia (head of the family - mother, father, etc.): Nombre y apellido (name, last name)

00664

Madre (mother): _____

Tamaño (size): Traje (dress) _____ Pantalones (pants) _____ Blusa (blouse) _____

Zapatos (shoes) _____

Padre (father): Josue González Rivera

Tamaños (size): Pantalones (trousers) 36 x 32 Camisa (shirt) L Zapatos (shoes) 11

Niños (Children):

Niños (Boys) cantidad (how many): _____ Edades (ages) _____

Tamaños (sizes): Pantalones (trousers) _____ Camisas (shirts) _____ Zapatos (shoes) _____

Niñas (Girls) cantidad (how many): _____ Edades (ages) _____

Tamaños (sizes): Trajes (dresses) _____ Pantalones (pants) _____ Blusas (blouses) _____

Zapatos (shoes) _____

Necesidades Especiales / Special Needs

Favor enumerar cualquier necesidad especial adicional (sillas de ruedas, oxígeno, terapias especiales, medicamentos, etc.).

Please list any special additional need (wheel chairs, oxygen, special therapies, medications, etc.).

(2) Cama Queen

Lavadora

Secadora

Mesa de comedor

Microhonda

Información del que llena el formulario (information from the person that completes the form)

Nombre (First Name)

Apellido (Last Name)

Correo electrónico (Email)

Teléfono de contacto (Phone)

APOYA UNA FAMILIA / HELP A FAMILY

SOLICITUD PARA AYUDA / HELP APPLICATION FORM

Información de la Familia / Family Information

Dirección física (physical address): Bd Vegueta 2ma Carr 144 Ramal 55-27 Km 1 #7 Jayuya

00664

Jefe de familia (head of the family - mother, father, etc.): Nombre y apellido (name, last name)

Madre (mother): Millie Rivera González

Tamaño (size): Traje (dress) _____ Pantalones (pants) 7 Blusa (blouse) M

Zapatos (shoes) 6

Padre (father): Juan Torres Álvarez

Tamaños (size): Pantalones (trousers) 38 x 32 Camisa (shirt) XL Zapatos (shoes) 7

Niños (Children):

Niños (Boys) cantidad (how many): _____ Edades (ages) _____

Tamaños (sizes): Pantalones (trousers) _____ Camisas (shirts) _____ Zapatos (shoes) _____

Niñas (Girls) cantidad (how many): 1 Edades (ages) 21

Tamaños (sizes): Trajes (dresses) 5 Pantalones (pants) 3 Blusas (blouses) 5

Zapatos (shoes) 7

Necesidades Especiales / Special Needs

Favor enumerar cualquier necesidad especial adicional (sillas de ruedas, oxígeno, terapias especiales, medicamentos, etc.).

Please list any special additional need (wheel chairs, oxygen, special therapies, medications, etc.).

Ropa de Cama (full)

Lavadora

Microhonda

Información del que llena el formulario (information from the person that completes the form)

Nombre (First Name)

Apellido (Last Name)

Correo electrónico (Email)

Teléfono de contacto (Phone)

APOYA UNA FAMILIA / HELP A FAMILY

SOLICITUD PARA AYUDA / HELP APPLICATION FORM

Información de la Familia / Family Information

Dirección física (physical address): K 4.2 Sector Los Quiles Sta Barbara

Jefe de familia (head of the family - mother, father, etc.): Nombre y apellido (name, last name)

Madre (mother): Delia Rolon Ruiz

Tamaño (size): Traje (dress) 14 Pantalones (pants) _____ Blusa (blouse) 4/XL

Zapatos (shoes) 9

Padre (father): Luis O. Garcia Perez

Tamaños (size): Pantalones (trousers) 34 Camisa (shirt) M Zapatos (shoes) 9 1/2

Niños (Children):

Niños (Boys) cantidad (how many): _____ Edades (ages) _____

Tamaños (sizes): Pantalones (trousers) _____ Camisas (shirts) _____ Zapatos (shoes) _____

Niñas (Girls) cantidad (how many): _____ Edades (ages) 20 Años

Tamaños (sizes): Trajes (dresses) 4 Pantalones (pants) 68 Adulto Blusas (blouses) M

Zapatos (shoes) 8 1/2 Mujer

Necesidades Especiales / Special Needs

Favor enumerar cualquier necesidad especial adicional (sillas de ruedas, oxígeno, terapias especiales, medicamentos, etc.).

Please list any special additional need (wheel chairs, oxygen, special therapies, medications, etc.).

Medicamentos = Cellcept 500mg / Lisinopril 5mg
Prednisone 10mg / Prednisone 5mg / Plavixil 200mg

IRbesartan 150mg
atorvastatin

Información del que llena el formulario (information from the person that completes the form)

Nombre (First Name)

Apellido (Last Name)

Correo electrónico (Email)

Teléfono de contacto (Phone)