

**Solicitud Programa Reconocimiento Calidad de VIDA
(Quality of LIFE Award)**

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email _____

Miembro corriente de IFOPA? (pagó su cuota este año?) _____

Artículo que usted quiere comprar con el Reconocimiento VIDA:

Proveedor del artículo incluyendo la información para contactarlo: _____

Costo total: _____

Monto del Programa Reconocimiento VIDA que usted está solicitando:

Cuánto dinero ha usted reunido para este artículo? _____

Cómo lo ha reunido? (ahorrando, trabajando, realizando eventos para conseguir fondos, donaciones?) _____

Donde más ha usted tratado de conseguir dinero para comprar este artículo? (Seguro de Salud, Escuela, Departamento de rehabilitación?)

Como mejoraría su calidad de vida o independencia el recibir el Reconocimiento VIDA?_____

Enviar la solicitud del Programa Reconocimiento VIDA por correo a: IFOPA, LIFE Award, P.O. Box 196217, Winter Springs, Fl 32719, USA.