

# SOLICITUD - FSST CORONAVIRUS ASSISTANCE PROGRAM

Nombre Legal: \_\_\_\_\_  
Número Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_  
Número Telefónico: \_\_\_\_\_  
Número de Fax: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Es usted un miembro de Flandreau Santee Sioux Tribe?    Sí \_\_\_    No \_\_\_

Es usted miembro de algún tribu diferente reconocida federalmente?    Sí \_\_\_    No \_\_\_

En caso afirmativo, cual Tribu: \_\_\_\_\_

¿Cuántos familiares viven en su hogar?

Nombre	Edad	Sexo	Relacion

Es usted positivo a COVID19?    Sí \_\_\_    No \_\_\_

Fecha de Examen Positivo: \_\_\_\_\_

Nombre de Médico: \_\_\_\_\_

Número Telefónico de Médico: \_\_\_\_\_

Nombre de Clínica del Examen: \_\_\_\_\_

Alguna persona en su hogar es positivo a COVID19?    Sí \_\_\_    No \_\_\_

Fecha de Examen Positivo: \_\_\_\_\_

Nombre de Médico: \_\_\_\_\_

Número Telefónico de Médico: \_\_\_\_\_

Nombre de Clínica del Examen: \_\_\_\_\_

Algún Médico Ordeno que usted Mantenga aislado en casa o talvez en clínica?    Sí \_\_\_    No \_\_\_

Por cuanto tiempo debe mantener aislado? \_\_\_\_\_

Necesita asistencia ordenado comida del supermercado?    Sí \_\_\_    No \_\_\_

**FIRMA:** Yo el solicitante abajo firmante por este medio entiendo que la información de este formato es verdadera y precisa según a mi entendimiento. Yo autorizo a Flandreau Santee Sioux Tribe validar esta información y autorizo el uso de información incluyendo la nota médica.

Nombre (escrito): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Envíe esta petición y alguna nota médica de la clínica médica atendiendo el paciente positivo de COVID-19 con directiva de aislamiento por correo electrónico a: [socialservices@fsst.org](mailto:socialservices@fsst.org). Si usted tiene algunas preguntas sobre esta forma por favor llame al número (605) 573-4218 Su clínica médica y Doctor puede enviar por fax su nota médica al número (877) 508-0413.*