**Give to Give Foundation**

**Фонд Give to Give**

**Financial Assistance Application Form**

**Форма Заявки на Финансовую Помощь**

|  |  |
| --- | --- |
| Applicant NameИмя Заявителя |  |
| Mailing AddressПочтовый Адрес |  |
|  | City:Город: | State:Край/Область/Регион: | Zip:Индекс: |
| Phone NumbersТелефонные Номера | Home: Домашний: | Cell:Сотовый: |
| Email AddressЭлектронный Адрес |  |

**Net Monthly Income: Please indicate all sources of income. (Please convert to dollars)**

**Чистый Ежемесячный Доход: Просьба указать все источники дохода. (Пожалуйста, конвертируйте сумму в доллары)**

|  |  |
| --- | --- |
| Patient/Guarantor:Заявитель: | $ |
| Spouse:Супруг(а): | $ |
| Other Income:Другие доходы: | $ |
| Total Net Monthly IncomeИтого Чистый Ежемесячный Доход | $ |

**Monthly Expenses: Please indicate your average monthly expenses for the following items. (Please convert to dollars)**

**Ежемесячные Расходы: Пожалуйста, укажите ваши среднемесячные расходы по следующим статьям. (Пожалуйста, конвертируйте суммы в доллары)**

|  |  |
| --- | --- |
| ExpenseРасход | AmountСумма |
| FoodЕда | $ |
| UtilitiesКоммунальные услуги | $ |
| Auto/GasАвтомобиль/Бензин | $ |
| TelephoneТелефон | $ |
| ChildcareУход за детьми | $ |
| Other (please explain):Другое (пожалуйста опишите): | $ |
| Other (please explain):Другое (пожалуйста опишите): | $ |
| Other (please explain):Другое (пожалуйста опишите) | $ |
| **Total****Итого** | **$** |

**Creditors: Please indicate the amount of all monthly payments and to whom the payment is made. (Please convert to dollars)**

**Кредиторы: Просьба указать сумму всех ежемесячных платежей и кому производится платёж. (Пожалуйста, конвертируйте в доллары)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TypeКатегория | CreditorКредиторы | AmountСумма |
| Rent/MortgageАренда/Ипотека |  | $ |
| Insurance (Auto)Страхование(Автомобиль) |  | $ |
| Insurance (Other)Страхование (Другое) |  | $ |
| Other Payment Другие Платежи |  | $ |
| Other PaymentДругие Платежи |  | $ |
| Other PaymentДругие Платежи |  | $ |
| Other PaymentДругие Платежи |  | $ |
| **Total****Итого** |  | **$** |

**Please list the condition you have and explain in detail how it has affected your life and your ability to earn income. You can submit on a separate page, if needed.**

**Пожалуйста опишите состояние вашего здоровья (заболевание) и детально объясните как это влияет на вашу жизнь и вашу способность зарабатывать. Вы можете приложить отдельную страницу, если это необходимо.**

**Please list the cost of the workshop in US dollars (regular price, not early bird special price).**

**Пожалуйста укажите цену семинара в долларах США ( обычную цену, а не специальную цену раннего бронирования)**

**$**

**How do you believe that attending one of Dr Joe’s Workshops will change your life?**

**Как, по вашему мнению, посещение одного из Семинаров доктора Джо, повлияет на вашу жизнь?**

* **I understand that the information I am giving will be reviewed and verified by the Give to Give Foundation and Encephalon, LLC.**
* **Я понимаю, что информация, которую я предоставляю, будет рассмотрена и проверена Фондом Give to Give и Encephalon, LLC.**
* **I understand that scholarships only cover the cost of the workshop itself and that no other monetary assistance will be given.**
* **Я понимаю, что материальная помощь покрывают только стоимость самого Семинара и что никакой другой денежной помощи не будет оказано.**
* **I realize the review process may take up to 4 – 6 weeks.**
* **Я понимаю, что процесс рассмотрения может занять 4-6 недель.**
* **I certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge.**
* **Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является правдивой и точной в меру известной мне информации.**
* **I understand that my application must be translated into English in order to be accepted for review.**
* **Я понимаю, что моё заявление должно быть переведено на английский язык, чтобы быть принятым к рассмотрению.**

Applicant’s Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

You can email the application with all documentation to: **info@drjoegive2give.com**

Отправьте заявление и всю документацию на : **info@drjoegive2give.com** **и contact@drjoedispenza.ru**

**OR mail this application with all documentation to:**

**ИЛИ отправить это заявление и всю документацию почтой:**

**c/o REWIRE Me LLC
351 E 78th St
New York, NY 10075, USA**

**ADDITIONAL INFORMATION REQUIRED**

**ТРЕБУЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Be sure to include with your application, documents that support the income amounts you listed above and the diagnosis for your condition. For example:

Обязательно приложите к заявлению документы, подтверждающие указанные выше суммы дохода и диагноз вашего заболевания. Например:

* Pay stubs from all employment
* Справки о размере заработной платы со всех рабочих мест
* A W-2 withholding statement
* Форма 3-НДФЛ
* Last year’s income tax return
* Форма 2-НДФ
* Letters approving or denying Medicaid, medical assistance, other benefits
* Документы о предоставляемых или отказанных льготах
* Letters approving or denying unemployment compensation
* Письма об утверждении или отказе в выплате пособия по безработице
* Written statements from employers or welfare agents
* Письменные заявления от работодателей или социальных агентов
* Letter from Doctor, Psychologist, Counselor, etc.
* Справки от врача, психолога, консультанта и т.д.
* Medical Records (lab reports, diagnosis reports, etc.)
* Медицинские выписки (лабораторные и диагностические исследования и т.д.)