

“Marching Forward”
November 11 –13, 2010

Application for Educational Participant Grant for First-time Meeting Attendees
Solicitud de Beca Educativa para la Reunión Anual a beneficio de Asistentes Primerizos

What would prevent you from attending the NHF Annual Meeting if you are **not** awarded the Educational Participant Grant? Describe the circumstances here: *Describe aquí ¿Qué le prevendría de asistir ala Reunión Anual de NHF si usted no es concedido la Beca Educativa?*

Please indicate your racial/ethnic background: *Por favor, Indique por su ascendencia racial o etnicidad.*

Caucasian *Caucáseo* African-American *Afroamericana* Latino *Latino* Asian/Pacific Islander *Asiático o Isleño del Pacífico* Other _____ *Otro*

Please indicate the areas for which you will need assistance. (For instance, if you can drive and only need assistance with gas, or can stay with friends or relatives in the area.)

Por favor, Indique las áreas por lo cual necesitará ayuda (Si pueden llegar en auto o pueden alojarse con familiares en la region.)

Airfare/ground if less expensive *La tarifa aérea /terrestre si menos costos0* Hotel *El Hotel* Registration Fees *Gastos de Matricula*

REQUIRED FROM ALL APPLICANTS *EXIGIDO DE TODOS LOS SOLICITANTES.*

1. Please answer the following questions in an essay of approximately 250 words: PLEASE TYPE YOUR ESSAY ON A SEPARATE SHEET OF PAPER AND PROVIDE YOUR SIGNATURE AND DATE ON THE BOTTOM OF THIS FORM. *Conteste por favor las preguntas siguientes en un ensayo de aproximadamente 250 palabras ESCRIBA A MAQUINA O LETRA DE IMPRENTA) SU ENSAYO EN UNA HOJA DE PAPEL SEPARADA. PROPORCIONE SU FIRMA Y la FECHA EN EL FONDO DE ESTA FORMA*
 - a) Describe your reasons for wanting to attend the NHF Annual Meeting--why you should be chosen. *Describe sus razones por querer asistir la Reunión Anual de NHF, porque debemos elegir a usted(es)*
 - b) How will you take the information back to your community? (e.g. ,volunteering) *¿Cómo compartirá usted la información que obtiene a su comunidad local? (por ejemplo, ofreciéndose de voluntario)*
2. If you have no current affiliation with a chapter/association in your area, we will share your contact information with its staff. *Si usted no tiene afiliación actual con una capítulo/asociación en su área, compartiremos su información de contacto con su personal*

Signature of Applicant *Firma del Solicitante* _____

Date *Fecha* _____

Grant recipients must agree to participate in an interview to provide feedback regarding their experiences as a first-time attendee at NHF’s Annual Meeting for possible use in NHF publications or on its Web site. If you are not awarded an educational participant grant and want to attend the meeting, please contact Sonia Roger, NHF Education Coordinator: sroger@hemophilia.org. Registration for NHF’s Annual Meeting implies consent that any photos or video taken during the meeting and NHF-related events can be used by NHF for Annual Meeting coverage and promotional purposes. *Los recipientes de la beca tendrán que participar en una entrevista para proporcionar sus reacciones con respecto a sus experiencias como un asistente principiante en el Reunión Anual de NHF para el posible uso en publicaciones de NHF o en su sitio en el Internet. Si usted no es concedido una beca educativa de participante y quiere asistir la reunión, por favor de hacer contacto con Sonia Roger, Coordinador de Educación de NHF, en sroger@hemophilia.org. La matrícula para la Reunión Anual de NHF implica el consentimiento que cualquier foto o video tomado durante los acontecimientos de la reunión puede ser utilizado por NHF para información del Reunión Anual y propósitos promocionales.*

“Marching Forward”

November 11 – 13, 2010

Application for Educational Participant Grant for First-time Meeting Attendees

Solicitud de Beca Educativa para la Reunión Anual a beneficio de Asistentes Primerizos

NHF’s Activity Program for Kids & Teens/**Babycare Program (6 months –3 years)**
Programa de NHF de Actividades para Niños y Jóvenes /Programa infantil (6 meses a 3 años)

For children listed on first page of this application ONLY.

Únicamente para los niños nombrados en la primera pagina de esta solicitud

If an educational grant is awarded, will your child(ren) participate in NHF’s Activity Program for Kids & Teens/
Babycare Program? *¿Si una beca educativa es concedida, inscribirá a su niño (s) en el Programa de Actividades de NHF para Niños & Jóvenes/Programa de Babycare?*

Yes/*Si* No *No*

Does/do your child(ren) have special dietary needs? Yes/*Si* No *No*
¿Tiene(n) su(s) niño(s) las necesidades dietéticas especiales?

If yes, please explain for each child you wish to enroll in the program: _____
Si sí, por favor explica para cada niño que usted desea matricularse en el programa

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Does/do your child(ren) have any medical problems, allergies or limiting disabilities, or is s/he taking any
medications (prescribed or otherwise)? *Note: NHF employees or volunteers cannot administer medication to
program participants.* *¿Tiene(n) su(s) niño(s) algún problema médico, alergias o incapacidades restrictivas, o esta tomando cualquier medicina (recetada o de otro
modo)? NB: Los empleados de NHF o voluntarios no pueden administrar medicina a participantes del programa.* Yes/*Si* No *No*

If yes, please explain for each child you wish to enroll in the program: _____
Si sí, por favor explica para cada niño que usted desea matricularse en el programa

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Do you grant permission for your child to go on field trips without your supervision (ages 4-17 only)?
Note: Children who are NOT permitted on field trips cannot participate in the Activity Program for Kids & Teens.
*¿Otorga usted permiso para su niño participaren los paseos educativos sin su supervisión (para los edades de 4 a 17 años)? NB: Los niños que no se les permiten participar en
los paseos educativos no pueden tomar parte en el Programa de Actividades de NHF para Niños & Jóvenes.* Yes/*Si* No *No*

Do you authorize the use of any photographs, videos, audio taping taken for NHF’s official use only?
¿Autoriza usted el uso de fotografías, videos, y grabaciones hechos para el sólo uso oficial del NHF? Yes/*Si* No *No*

Disclosure: NHF’s Activity Program for Kids & Teens and Babycare Program of the NHF Annual Meeting will involve a variety of activities that often include group games, group problem-solving, discussions, and physical activities. Participation is, at all times, completely up to the individual. NHF staff and volunteers will provide supervision and facilitation for it. Independent of NHF the contracted childcare company, a wholly separate entity from NHF, will provide professional bonded childcare workers.

Release of Liability: I understand that parts of the NHF Annual Meeting Babycare/Activity Program for Kids & Teens may be physically/emotionally demanding. I affirm that my child’s health is good and that s/he is not under a physician’s care for any undisclosed condition that might endanger his/her health or that of any other participants. I understand that each participant assumes the risk of possible injury resulting from these activities. I release NHF, its staff, volunteers, and anyone assisting with activities from liability for any injury, loss or damage during participation. In the event of an emergency, I understand that I am responsible for any necessary medical costs.
Revelación/Explicación: El Programa de Actividades para Niños y Jóvenes y el Programa de Babycare del Reunión Anual del NHF implicarán una variedad de actividades que a menudo incluyen juegos de grupo, resolución de problemas de grupo, las discusiones, y actividades físicas. La participación es, siempre, completamente al gusto del individuo. El personal de NHF y voluntarios proporcionarán supervisión y facilitación para ello. Independiente de la NHF la compañía contratada para el cuidado de niños, una entidad enteramente separada de NHF, le proporcionará a trabajadores profesionales vinculados de cuidado de niños.



NATIONAL HEMOPHILIA FOUNDATION
for all bleeding and clotting disorders

“Marching Forward”

November 11 –13, 2010

Application for Educational Participant Grant for First-time Meeting Attendees

Solicitud de Beca Educativa para la Reunión Anual a beneficio de Asistentes Primerizos

La liberación de Obligación: Comprendo que partes del NHF Reunión Anual Babycare/Programa de Actividades para Niños & de Jóvenes puede ser exigente físicamente/emocionalmente. Afirmando que la salud de mi niño es buena y que ella/él no está bajo la atención de médico para condición ninguna no revelada que quizás se ponga en peligro su salud ni tampoco de cualquier otro participante. Comprendo que cada participante asume el riesgo de resultar posiblemente de herida en estas actividades. Considero libre a NHF, su personal, los voluntarios, y cualquiera ayudante de actividades de la obligación para cualquier herida, la pérdida o el daño durante participación. En caso de una emergencia, yo comprendo que soy responsable de cualquier gasto médico necesario.

Parent/Guardian Signature *Firma del Padre de familia o persona responsable*

Date *Fecha*

Please send completed application form by Friday, JUNE 25, 2010 to:

Envíe por favor formulario de solicitud completado por el viernes, el 25 de junio de 2010 a:

Sonia Roger

Education Coordinator

Chapter Services Department

National Hemophilia Foundation, 116 West 32nd Street, 11th Floor, New York, NY 10001

ATTN: AM Educational Participant Grant

**DO NOT FAX THIS APPLICATION
NO MANDE ESTA APLICACIÓN POR FAX**