



Reunión Nacional de Pacientes de la AAKP
Solicitud de Beca

AAKP se complace en ofrecer un número limitado de becas a pacientes y cuidadores que deseen asistir a la Reunión Nacional de Pacientes 2025, del 3 al 5 de octubre de 2025, en Fort Worth, TX, en el Doubletree by Hilton.

Con respecto a estas personas, AAKP alienta a que solo aquellos que realmente necesitan asistencia financiera para asistir a la reunión presenten una Solicitud de beca. La privacidad de los solicitantes y la información enviada permanecerán confidenciales para la AAKP. Sólo se considerarán las solicitudes completas. Debido al número limitado de becas disponibles, no todas las presentaciones resultarán en una beca. Los fondos de la beca cubren SÓLO el costo de la inscripción a la reunión de la AAKP. Todos los gastos adicionales como viajes y alojamiento deberán ser cubiertos por el asistente.

Para ser considerado para una beca, los solicitantes deben ser miembros actuales (la membresía es gratuita para pacientes y familiares; únase ahora en línea en www.aakp.org/join). La fecha límite para presentar una solicitud de beca es el 30 de septiembre de 2025 o mientras haya fondos disponibles.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

1. ¿Qué describe mejor su situación laboral?

- ☐ Empleado a tiempo completo
- ☐ Empleado a tiempo parcial
- ☐ Trabajadores por cuenta propia
- ☐ Sin empleo pero buscando trabajo
- ☐ No empleado
- ☐ Retirado
- ☐ Estudiante
- ☐ Militar
- ☐ Cuidador / ama de casa
- ☐ Otro (por favor especifique): _____

2. Por favor, háganos saber si usted es:

- ☐ Paciente
☐ Compañero de cuidado

3. Si es paciente, indique qué tipo de paciente es:

- ☐ Prediálisis (CKD Etapa 1-4, no en diálisis)
☐ Hemodiálisis en el centro
☐ Hemodiálisis domiciliaria
☐ Diálisis peritoneal
☐ Receptor de trasplante de riñón
☐ Otro (por favor especifique): _____

4. ¿Cómo se enteró de la Reunión Nacional de Pacientes de la AAKP?

- ☐ Envío de correo a su domicilio
☐ Un amigo o familiar
☐ Unidad de diálisis
☐ Consultorio medico
☐ Sitio web de AAKP
☐ Anuncio electrónico de la AAKP (correo electrónico, boletín electrónico, Facebook, Twitter)
☐ Otro (por favor especifique): _____

6. ¿Ha asistido alguna vez a una Reunión Nacional de Pacientes de la AAKP?

- ☐ Sí, ¿en qué año? _____
☐ No

7. ¿Alguna vez recibió una beca para asistir a una Reunión Nacional de Pacientes de la AAKP?

- ☐ Sí, ¿en qué año? _____
☐ No

8. Si una organización asociada de AAKP lo recomendó para esta beca, incluya el nombre de la organización a continuación para que AAKP pueda reconocer su apoyo.

Devuelva la solicitud completa a:

American Association of Kidney Patients

Atención: Valerie Gonzalez, Directora de Operaciones de Oficina

14422 Bruce B. Downs Blvd., Tampa, FL 33613

Sitio web: www.aakp.org * Correo electrónico: vgonzalez@aaakp.org *

Número gratuito (800) 749-2257