<<Today>>

Sr. y Sra. <<Lead\_LastName>>

<<Lead\_Street>>,

<<Lead\_City>>, <<Lead\_State>>, <<Lead\_PostalCode>>

Estimados Sr. Y Sra. <<Lead\_LastName>>:

Les agradecemos su paciencia mientras nosotros evaluamos la elegibilidad médica de su hijo/a <<Lead\_Name>>.

Make-A-Wish® otorga los deseos de niños y niñas con condiciones médicas que ponen sus vidas en peligro, a fin de enriquecer la experiencia humana con esperanza, fortaleza y gozo. Make-A-Wish ha establecido un criterio médico muy específico, el cual todos los grupos de la organización a través del país deben seguir para confirmar la elegibilidad a un deseo.

Después de revisar nuestro criterio con el profesional médico tratando a <<Lead\_Name>>, hemos concluido que por el momento su condición no satisface las calificaciones médicas para recibir nuestro deseo. Por lo tanto, nosotros no podemos otorgarle a él/ella un deseo. Si en el futuro la condición de <<Lead\_Name>> llegara a cambiar, esperamos que usted nos vuelva a contactar.

*---OPTIONAL TEXT---*

*Como alternativa, usted podría considerar contactar a una de las otras organizaciones que otorgan deseos proporcionando servicios en su área. Por favor entienda que la población de servicio de cada organización varía ligeramente, así que nosotros no podemos garantizar la elegibilidad de su hijo/a con dichas organizaciones, sin embargo, éstas pueden probar ser valiosos recursos.*

*Organization A, website, phone number*

*Organization B, website, phone number*

*A pesar de que le deseamos mejor suerte con una de las organizaciones arriba mencionadas, por favor entienda que ellas no están afiliadas con Make-A-Wish, ni Make-A-Wish respalda a cualquier otra organización o agencia de servicio.*

Apreciamos su interés en Make-A-Wish y deseamos todo lo mejor para su familia. Por favor, comuníquese directamente con nosotros con toda confianza si tiene usted cualquier pregunta.

Atentamente,

<<LeadOwner\_FullName>>

<<LeadOwner\_Title>>

<<Lead\_ChapterName>>