

Aplicación de asistencia financiera para cáncer de cabeza y cuello

Instrucciones: Si usted tiene cáncer de cabeza y cuello y necesita asistencia financiera, por favor entrega esta solicitud y devuélvala con los documentos de apoyo solicitados por correo, fax o correo electrónico.

NOTA: La aplicación debe completarse con tinta negra.

Se aceptarán solicitudes de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el suroeste de la Florida.

2234 Colonial Boulevard

Fort Myers, FL 33907

Fax: (239) 938-9399

Correo electrónico: info@21stcenturycare.org

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta aplicación, llámenos al (239) 936-3756.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguridad social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Número Alternativo: _____ Correo electrónico: _____

- | | | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Empleado | <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Hembra | <input type="checkbox"/> Discapacitado | <input type="checkbox"/> Retirado | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo americano |
| | <input type="checkbox"/> Estudiante | | <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No quiero responder |

Se solicita ayuda financiera para:

Co-pago por tratamiento (especifique la cantidad solicitada) \$ _____

Suplementos nutricionales (especifique) _____

Transportación Alimentos

Prenda de compresión Aparato de trismus Consulta de dietistas

Otro: _____

Valor total aproximado de sus activos: \$ _____

Casa \$ _____ Carro \$ _____ Ahorros \$ _____ Cuenta de cheques \$ _____ CDs/IRAs/etc. \$ _____

Otro \$ _____

Adjuntar: Prueba de número de seguro social (Obligatorio) Primera página de la declaración de impuestos (1040, 1040A, 1040EZ)

No presento una declaración de impuestos

Declaraciones de salario o de seguridad social / discapacidad

Se debe incluir toda la información solicitada o la aplicación no se considerará

Fecha del diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello: _____

¿El paciente necesita ayuda financiera (requerida)? Si No

Nombre del personal: _____

Hospital / clínica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de contacto de la oficina: _____ Número de teléfono: _____

Firma del Paciente

Al firmar abajo autorizo 21st Century C.A.R.E. para obtener y discutir la información relacionada con esta solicitud con mi médico y otros proveedores de atención. Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas. El pago depende de la disponibilidad de fondos. Los fondos no siempre están disponibles cada mes. Toda la información relacionada con esta solicitud será estrictamente confidencial y no será compartida con personas o agencias externas. La asistencia será otorgada sin consideración de raza, origen nacional, género u orientación sexual y puede ser suspendida en cualquier momento debido a la falta de fondos. Puede ser necesaria la verificación de la información proporcionada.

Firma

Fecha de firma

----- Sólo para uso interno -----

Revisión del Comité de Asistencia Financiera: Aprobado No fue aprobado

Fecha de aprobación: ____/____/____ Por: _____

Fecha de aprobación: ____/____/____ _____

Fecha de aprobación: ____/____/____ _____

Cantidad aprobada: \$ _____

Oficina del médico contactada: ____/____/____

Diagnóstico verificado: Si No

Explique:

Resultado / comentarios: