

Aplicación de Asistencia Financiera

Instrucciones: Si usted tiene cáncer 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. Las aplicaciones serán aceptadas de pacientes con cáncer que reciban tratamiento sólo en los siguientes estados:

AL, AZ, CA, FL, IN, KY, MA, MD, MI, NC, NJ, NV, NY, RI, SC, WA & WV

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: _____

Si el paciente es menor de 18 años, indique el nombre de su padre o guardián:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

- | | | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <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:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Cuidado de los niños | <input type="checkbox"/> Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos | <input type="checkbox"/> Alojamiento temporal | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Suministros medicos y equipo | <input type="checkbox"/> Detección de cáncer | |

Nota: No proporcionamos asistencia financiera para los medicamentos de venta con receta, co-pagos, deducibles, gastos de tratamiento, hipoteca / renta, pago de utilidades y otros gastos de la casa.

Cantidad solicitada: \$ _____ (Si no tiene una cantidad exacta, proporcione una estimación)

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

Diagnóstico: _____ Fecha de diagnóstico: _____

Nombre del médico: _____

Hospital / clínica: _____

Dirección: _____

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

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

Firma del Paciente / Padre

Al firmar abajo autorizo 21st Century C.A.R.E. para obtener y discutir la información relacionada con esta aplicación 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 aplicación será estrictamente confidencial y no será compartida con personas o agencias externas. La asistencia se otorgará sin tener en cuenta la raza, el origen nacional, el género u orientación sexual y puede ser suspendida en cualquier momento debido a la falta de fondos. Se requerirá la verificación de la información proporcionada. Por la presente certifico que he sido diagnosticado con cáncer dentro de los 6 meses o que necesito una prueba de detección del cáncer y estoy experimentando dificultades financieras. Entiendo que puedo volver a aplicar una vez, después de un año de la fecha de esta aplicación si se diagnostica un nuevo cáncer.

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: ___/___/___ Nombre de contacto: _____

Diagnóstico verificado: Si No

Explique:

Resultado / comentarios: