

# 21<sup>ST</sup> CENTURY C.A.R.E.

A Foundation for Cancer Assistance, Research & Education  
Fighting cancer together with 21st Century Oncology, one patient at a time.

## 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](mailto: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: