

En acuerdo con la misión de la Fundación del Cáncer del Desierto, de asistir a los residentes elegibles del área del Valle de Coachella con sus costos para el tratamiento del cáncer, los Miembros de la Junta Directiva le dan la bienvenida a su solicitud de asistencia financiera.

Para ser considerado para la asistencia financiera, usted necesita llenar la solicitud completamente y presentar todos los documentos adicionales. Asegúrese de contestar todas las preguntas—NO OMITE NINGUNA PREGUNTA—y provea todos los elementos mencionados en la lista de requisitos.

Si usted es aprobado para recibir asistencia financiera, la fecha en que recibamos su solicitud COMPLETA será su fecha de elegibilidad. Los pagos totales por la Fundación del Cáncer del Desierto para el tratamiento del cáncer tienen un límite de \$ 50,000 por vida.

Utilizar para ayudar a preparar su solicitud y mantener en sus archivos.

Lista de Requisitos

Su solicitud esta completa cuando TODOS los elementos requeridos en esta lista se han recibidos

- _____ **1. Una Solicitud** de asistencia financiera completa y firmada.
- _____ **2. Copias de declaracion de impuestos** del solicitante por los últimos dos años, copias de todos los estados de **cuenta bancarios** por los últimos tres meses, y **copias de las tres declaraciones más recientes de todas las otras cuentas**, tales como cuentas de retiro, cuentas de inversión, anualidades, etc. Si los impuestos **no** se presentaron durante los últimos dos años, proporcionar copias de todos los estados de cuenta bancarios y otros estados durante los últimos seis meses y una explicación por escrito por qué los impuestos no fueron declarados. **Asegúrese de firmar y fechar la declaración.**
- _____ **3. Verificación de ingresos:** Por ejemplo: copias de cheques o talones de cheque de incapacidad en los últimos dos meses, o copias de las declaraciones de beneficios de Seguro Social, etc.
- _____ **4. Copias de la solicitud (s) y / o carta de respuesta (s)** de todos los programas a los que se hayan solicitado, tales como Medi-Cal, MISP, Programa de Tratamiento del Cáncer de Pecho y Cervical, etc
- _____ **5. Un comunicado firmado** permitiéndole a la Fundación del Cáncer del Desierto discutir la información médica del solicitante con los proveedores médicos. Publicación # 1
- _____ **6. Un comunicado firmado** permitiéndole a la Fundación del Cáncer del Desierto discutir la información médica del solicitante con la familia y/o amigos. Publicación # 2
- _____ **7. Para los solicitantes con seguro medico (incluyendo Medicare y Medi-Cal), una copia de la tarjeta de seguro (s), de enfrente y de atrás**

Fundación del Cáncer del Desierto

Una Corporación de California sin fines de lucro para el beneficio público
 74091 Larrea Street, Palm Desert, CA 92260
 Numero de Telefono: (760) 773-6554 Numero de Fax: (760) 773-6532

Solicitud de Asistencia Financiera

1. Nombre del Solicitante _____ Masculino Femenino
2. Dirección de la calle _____ (No incluya PO Box al menos que no tenga hogar)
3. Dirección postal si es diferente del nombre de la calle _____
4. Ciudad _____ 5. Estado _____ 6. Código Postal _____
7. No. de teléfono de casa _____ 8. No. de trabajo/celular _____
- Nombre de contacto adicional / teléfono _____ / _____
9. E-mail _____ 10. Diagnostico _____
11. Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ 12. No. de Seguro Social _____ - _____ - _____
13. Si viven otras personas en su hogar, complete la siguiente sección (incluya más páginas si es necesario):

	Cónyuge, pareja, o pareja de hecho registrada al del solicitante	Miembro del Hogar	Miembro del Hogar	Miembro del Hogar
Nombre				
Apellido				
Fecha de Nacimiento / Edad	FdN Edad	FdN Edad	FdN Edad	FdN Edad
Relación al Paciente				
Genero	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estatus Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a
	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Casado/a
	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho registrada	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho registrada	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho registrada	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho registrada
	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a
	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a
	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a
Empleado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Empresario				
Deshabilitado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si esta Deshabilitado	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente

Llenar y enviar. **No deje espacios vacíos. Indique "N/A" o "0" si es aplicable.**

14. POR FAVOR DE PROPORCIONAR TODOS LOS INGRESOS DEL HOGAR Y TODOS LOS BIENES:

INGRESO	IMPORTE TOTAL	BIENES	VALOR TOTAL
Sueldo	Mensual	Residencia	
Pension	Mensual	Bienes Inmuebles	
Seguro Social	Mensual	Certificados de Deposito	
Deshabilite	Mensual	Ahorros	
Desempleo	Mensual	Chequera	
Comp. a los Trabajadores	Mensual	Cuenta de Retiro (IRA, 401K ect.)	
Pension Alimenticia	Mensual	Año, Marca, Modelo y Millage del Automovil	1. 2. 3.
Otro (Especifique Fuente)	Mensual	Otro (Especifique)	
Total		Total	

15. POR FAVOR DE PROPORCIONAL TODOS LOS GASTOS MENSUALES:

GASTOS DE SUBSISTENCIA	COSTO TOTAL	GASTOS MEDICOS	COSTO TOTAL
Comida	Mensual	Primas de Seguro Medico	Mensual
Hipoteca	Mensual	Costo de Medico	Mensual
Impuestos Sobre la Propiedad	Circule Uno: Anual o Mensual	Trabajo de Laboratorio	Mensual
Renta	Mensual	Prescripciones	Mensual
Transportación (gas, a seguridad, pago de préstamo, etc.)	Mensual	Otros Gastos Médicos (Especifique)	Mensual
Utilidades	Mensual		
Otros Gastos (Gastos de negocio, tarjeta de crédito, etc.)	Mensual	Otros Gastos (Especifique)	
Total		Total	

Llenar y enviar

16. ¿Cuál es/o era su ocupacion? _____

17. ¿Está actualmente trabajando? Si No

18. Si trabaja actualmente, nombre de la empresa _____

19. No trabaja, fecha del último día de trabajo _____

20. ¿Es Usted elegible para beneficios de Cobra? Si No

21. ¿Es usted un veterano militar de EE.UU.? Si No

22. En caso afirmativo, ¿es usted elegible para beneficios médicos VA? Si No

23. ¿Ha usted aplicado para Medí-Cal? Si No

24. En caso afirmativo, Fecha de Solicitud _____ Estatus de Solicitud _____

25. ¿Ha usted aplicado para MISP? Si No

26. En caso afirmativo, Fecha de Solicitud _____ Estatus de Solicitud _____

27. Otros programas donde aplico, Fechas y Estatus de Solicitud _____

28. ¿Es usted elegible para Medicare? Si No

29. En caso afirmativo,

30. Número del plan de Salud de Medicare (Si es aplicable): _____

31. Prima Mensual _____

32. Deducible anual _____

33. ¿Tiene usted un Plan de Prescripción de Medicare? Si No

34. ¿Si usted no es elegible para Medicare, tiene un seguro privado? Si No

35. En caso afirmativo,

36. Nombre del Portador de Seguro _____

37. Prima Mensual \$ _____

38. Deducible Anual \$ _____

39. ¿Está usted cubierto por Medí-Cal? Si No

40. En caso afirmativo, cual es su participación de costo \$ _____

41. Nombre del Médico encargado de su cuidado relacionado con cáncer _____

42. No. de teléfono del Medico _____

43. Cómo fue referido a La Fundación del Cáncer del Desierto? _____

Llenar, firmar y enviar

43. ¿Qué tipo de asistencia está solicitando para los costos del tratamiento contra el cáncer?

44. Sin Seguro/ Solicitud de ayuda con todos los gastos

45. Seguro/ Solicitud de ayuda con las primas de seguros

46. SEGURO / Solicitud de ayuda con los co-pagos / co-seguro / deducible

47. MEDI-CAL / Solicitud de ayuda con parte del costo

48. Otro / Solicitud de ayuda con: _____
(Debe estar directamente relacionada con el tratamiento del cáncer)

Yo verifico que toda la información proporcionada en esta solicitud y los documentos adjuntos son precisos y validos.

Firma del Solicitante

Fecha

Leer, firmar y enviar

CRITERIA PARA ELIGIBILIDAD

1. El o la Solicitante debe ser residente del Valle de Coachella o comunidades que lo rodean, y debe estar recibiendo tratamiento en el Valle de Coachella. Tratamiento de cáncer fuera del área puede ser considerado cuando sea referido por un Oncólogo local cuando localmente el cuidado no es disponible.
2. El o la Solicitante debe tener un diagnostico de cáncer o una sospecha de diagnostico de cáncer confirmada por un médico.
3. El o la Solicitante debe tener un número de seguro social válido.
4. Una carta del médico declarando el diagnostico, tratamiento y necesidad de asistencia médica debe ser recibida por el o la solicitante o oficina medica.

CONDICIONES DE PARTICIPACION

1. Todas las peticiones están sujeto a la aprobación de la junta.
2. Toda asistencia financiera es pagada directamente a los proveedores de servicio. La póliza de la Fundación de Cancer del Desierto (DCF) no permite el reembolso o pago directo al cliente por tratamientos o servicios.
3. El proveedor de servicios es dentro de la red de proveedores participantes de DCF, al menos que una aprobación.

CERTIFICACION, RENUNCIA Y LIBERACION

Yo certifico que la información por encima es verdadera y correcta y que yo soy un paciente en necesidad de asistencia financiera para recibir cuidado médico y tratamiento.

Al firmar abajo, por la presente reconozco que la Fundación de Cáncer del Desierto, *Desert Cancer Foundation*, incluyendo la junta directiva, los miembros del consejo de honor, miembros, oficiales, voluntarios, empleados y/o agentes (Fundación Colectiva), tiene la discreción en adjudicación o negar a dar los fondos en virtud de esta solicitud para asistencia financiera asimismo reconozco que la Fundación no está obligada a hacer o a continuar asistencia financiera a mi o de mi parte. Yo entiendo y reconozco que la Fundación tiene el derecho de negar y terminar cualquier y todos los pagos por cualquier razón a cualquier tiempo y sin aviso. La Fundación no será responsable por cualquier lesión, enfermedad, muerte u otro daño, que resulte a una terminación o negación de proveer asistencia financiera. Yo también entiendo y reconozco que cualquier asistencia financiera proporcionada por la Fundación para pagar tratamiento médico, cuidado, o prescripciones no es asignable y que cualquier asignación del mismo será nulo.

Al firmar abajo, por la presente reconozco que la Fundación no es responsable por ningún diagnosis, selección o cita de medico(s) o tratamiento médico que es requerido. En la exanimación de esta solicitud, la Fundación en ninguna manera se considerara que ha emitido una diagnosis de mi condición médica o que ha recomendado tratamiento. Cualquier evaluación de archivos médicos es para el único objetivo de evaluar esta solicitud para asistencia financiera.

Al firmar abajo, por la presente doy liberación, renuncia y doy de alta a la Fundación de cualquier y toda responsabilidad, y además pacto no demandar la Fundación, como resultado de cualquier tratamiento médico o rechazo de tratamiento en cualquier manera asociado con esta solicitud para asistencia financiera. O que cual pueda recibir en conjunto con fondos proporcionados por la Fundación. Por la presente reconozco que pagos por la Fundación para cuidado médico y/o tratamiento, incluyendo pagos de prescripciones, no serán propensos a responsabilidad de lesiones que yo recibí a traves de tratamientos, cuidados o uso de prescripciones. Yo expresamente libero a la Fundación de cualquier y toda responsabilidad bajo cualquier caso de acción en conexión con cualquier lesión, enfermedad, o muerte resultando por cuidado médico, tratamiento y/o prescripciones que yo reciba. En el evento de una disputa, la parte predominante será titulada para tener y recuperar todos los costos y gastos, incluyendo honorarios de abogado. Yo expresamente estoy de acuerdo de que esta Certificación, Renuncia, y Liberación es intentado como amplio y total como lo es permitido por las leyes del Estado de California y que si cualquier porción del mismo se celebra invalida, se ha convenido que el balance será, a pesar de, continua y plena eficacia jurídica y efecto.

Por la presente certifico que he leído y voluntariamente firme esta Solicitud y Certificación, Renuncia y Liberación, y estoy de acuerdo de que no hay o se han hecho representaciones orales, declaraciones o inducción aparte de el contenido de esta solicitud.

Firma del Solicitante: _____

Fecha _____

**Llenar, firmar y enviar
Publicacion #1
Esto nos permite
comunicarnos con su
proveedor médico.**

AUTORIZACION PARA LIBERACION DE INFORMACION

A Quien Le Corresponda:

Para el propósito de continuo cuidado médico, Por la presente autorizo a la **Fundación del Cáncer del Desierto (DCF)** y sus representantes para debatir mi solicitud para Asistencia Financiera (incluyendo pero no limitado a mi información financiera, diagnosis y tratamiento) y cuidado médico relacionado con médicos/proveedores de salud (y sus representantes) y trabajadores sociales/asesores financieros como lo es necesitado.

También autorizo la liberación, según sea necesario, de los registros médicos y la información de mis proveedores de atención médica a la **Fundación del Cáncer del Desierto**.

Firma del Paciente/ Fecha de Nacimiento

Firma del Testigo

Letra de Molde

Letra de Molde

Fecha

Fecha

**Llenar, firmar y enviar
 Publicación #2
 Esto nos permite comunicarnos
 con sus amistades y familiares.
 Escriba sus nombres a
 continuación.**

Autorización para Revelar Información de Salud Protegida

Por la Presente Autorizo _____
Nombres de la lista de personas autorizadas para hablar / divulgar su información médica
 para obtener mi información y / o revelar mi información a: La Fundación del Cáncer del Desierto

Esta autorización es la revelación completa de toda la información de salud.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito. Yo entiendo que esta revocación no se aplicará a la información que ya ha sido puesto en libertad sobre la base de esta autorización. Si no se especifica una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización expirará en un año. Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información médica es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento.

Firma del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____
(Letra de Molde)

Fecha de Nacimiento: _____

No. de Seguro Social del Paciente: _____ **No. de Telefono:** _____

Celular/Otro Numero _____

Fecha de Efectividad: _____

Llenar y presentar.

Háblenos de su raza Esta información es confidencial y sólo será utilizada para las solicitudes de subvenciones y presentación de informes.

¿Cuál es su raza? (Opcional, marque todo lo que corresponda)

- Blanco/Caucásico
- Afroamericano/Negro
- Hispano/Latino
- Asiática
- Otro_____

**Lea y guarde en sus
archivos**

EFFECTIVO A PARTIR DE MARZO 15, 2005

**LA FUNDACION DE CANCER DEL DESIERTO
POLIZA ADOPTADA PARA COSTO DE CAPITACION
2005
(Adoptada por la junta directiva el 3/15/05)**

- I. Contingente de la disponibilidad de fondos de la Fundación de Cáncer del Desierto, la póliza de el Programa de Asistencia al Paciente es lo siguiente:
 - A. La vida de capa por paciente es de \$50,000 para tratamiento de cáncer para plan de tratamiento aprobado Servicios de emergencia y/o hospitalización no parte del plan del tratamiento aprobado no serán cubiertos.
 1. Un trabajador social/asesor financiero en la instalación donde el cuidado es administrado asistirá al paciente en la aplicación de programas (i.e., MISP, BCCTP, Medi-Cal, etc.) en cual el o la paciente sea elegible para el principio y durante el curso de tratamiento.
 2. DCF requiere que el o la solicitante proporcione una carta de la respuesta de todos los programas que ha solicitado antes de su aprobación inicial de asistencia financiera de DCF y cualquier aprobación posterior.
 3. Un plan de tratamiento y una estimación de los gastos es requerido del médico/proveedor del paciente. Una carta será enviada al médico/proveedor, afirmando que el paciente ha solicitado a DCF y estamos requiriendo una estimación de los gastos antes de la aprobación.
 4. Cada solicitante debe firmar una liberación permitiendo DCF a debatir su cuidado de el o ella con su médico/proveedor y trabajador social/asesores financieros.
- II. Todos los pacientes serán inscritos (si califican) en el Programa de Asistencia al Paciente Farmacéuticos en la instalación donde su cuidado es administrado.
- III. Los pacientes deben volver a solicitar la ayuda financiera antes de su beneficio de la fecha de caducidad.