

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 aplicación está completa cuando**

TODOS los artículos requeridos enumerados a continuación se reciben *

Los estados de cuenta bancarios deben incluir TODAS las páginas (anverso y reverso) de todas las cuentas corrientes y de ahorro. Cualquier resumen bancario presentado debe incluir el número de cuenta, y el nombre y la dirección del prestatario. Declaraciones generadas por Internet, es decir, "capturas de pantalla" impresas no son aceptables.

Si los impuestos fueron archivados

Si está casado o tiene una pareja doméstica registrada o recibe ingresos del Seguro Social de un miembro del hogar, todo lo que se incluye en los puntos 2 y 3 también se debe proporcionar por el cónyuge casado o pareja doméstica registrada y a todos los miembros dependientes del hogar

1. Una Solicitud de Asistencia Financiera completa y firmada.
2. Copias de declaraciones de impuestos (incluya todas las páginas) de los últimos dos años, copias de todos los estados bancarios de los últimos tres meses y copias de las tres declaraciones más recientes para todas las demás cuentas, como cuentas de jubilación, cuentas de inversión, anualidades, etc.
3. Verificación de ingresos: por ejemplo: copias de cheques, cheques de sueldo o discapacidad durante los últimos dos meses, o copias de declaraciones de beneficios de la Seguridad Social, etc.
4. Copias de la (s) solicitud (es) y / o carta (s) de respuesta de todos los programas solicitados por el solicitante, como Medi-Cal, MISP, Programa de tratamiento del cáncer de mama y de cuello uterino, etc.
5. Autorización firmada que permite a Desert Cancer Foundation analizar la información de salud del solicitante con proveedores médicos. Autorización # 1
6. Autorización firmada que permite a Desert Cancer Foundation conversar sobre la información de salud del solicitante con familiares y / o amigos. Autorización # 2
7. Para los solicitantes asegurados (incluidos Medicare y Medi-Cal), una copia de la (s) tarjeta (s) de seguro, anverso y reverso.

Si los impuestos no fueron archivados

Si está casado o tiene una pareja doméstica registrada o recibe ingresos del Seguro Social de un miembro del hogar, todo lo que se incluye en los puntos 2 y 3 también se debe proporcionar al cónyuge casado o pareja doméstica registrada y a todos los miembros dependientes del hogar

1. Una Solicitud de Asistencia Financiera completa y firmada.
2. Estados de cuenta bancarios y otras declaraciones de los últimos seis meses y copias de las tres declaraciones más recientes para todas las demás cuentas, como cuentas de jubilación, cuentas de inversión, anualidades, etc. y una explicación por escrito por la cual no se presentaron los impuestos. Asegúrese de firmar y fechar la declaración.
3. Verificación de ingresos: por ejemplo: copias de cheques, cheques de sueldo o discapacidad durante los últimos dos meses, o copias de declaraciones de beneficios de la Seguridad Social, etc.
4. Copias de la (s) solicitud (es) y / o carta (s) de respuesta de todos los programas solicitados por el solicitante, como Medi-Cal, MISP, Programa de tratamiento del cáncer de mama y de cuello uterino, etc.
5. Autorización firmada que permite a Desert Cancer Foundation analizar la información de salud del solicitante con proveedores médicos. Autorización # 1
6. Autorización firmada que permite a Desert Cancer Foundation conversar sobre la información de salud del solicitante con familiares y / o amigos. Autorización # 2
7. Para los solicitantes asegurados (incluidos Medicare y Medi-Cal), una copia de la (s) tarjeta (s) de seguro, anverso y reverso.

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	Solicitante Conyuge Otro	Mensual	Residencia	Solicitante Conyuge Otro	
Pension	Solicitante Conyuge Otro	Mensual	Bienes Inmuebles	Solicitante Conyuge Otro	
Seguro Social	Solicitante Conyuge Otro	Mensual	Certificados de Deposito	Solicitante Conyuge Otro	
Deshabilite	Solicitante Conyuge Otro	Mensual	Ahorros	Solicitante Conyuge Otro	
Desempleo	Solicitante Conyuge Otro	Mensual	Chequera	Solicitante Conyuge Otro	
Comp. a los Trabajadores	Solicitante Conyuge Otro	Mensual	Cuenta de Retiro (IRA, 401K ect.)	Solicitante Conyuge Otro	IRA \$ 401K \$ ect. \$
Pension Alimenticia	Solicitante Conyuge Otro	Mensual	Año, Marca, Modelo y Millage del Automovil	Solicitante Conyuge Otro	1. 2. 3.
Otro (Especifique Fuente)	Solicitante Conyuge Otro	Mensual	Otro (Especifique)	Solicitante Conyuge Otro	
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 de Proveedor de Seguro Medico _____

37. Prima Mensual (*solo solicitante*) \$ _____ Deducible Anual (*solo solicitante*) \$ _____

38. Prima Mensual (*familia*) \$ _____ Deducible Anual (*familia*) \$ _____

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 al cáncer:

Oncólogo (*quimioterapia*) _____ Número de teléfono _____

Oncólogo (*radiación*) _____ Número de teléfono _____

42. 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

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

Firma del Solicitante

Fecha

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 diagnóstico de cáncer o una sospecha de diagnóstico 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 diagnóstico, tratamiento y necesidad de asistencia médica debe ser recibida por el o la solicitante o oficina médica.

CONDICIONES DE PARTICIPACION

1. Todas las peticiones están sujetos 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 diagnóstico, selección o cita de médico(s) o tratamiento médico que es requerido. En la exanimación de esta solicitud, la Fundación en ninguna manera se considerara que ha emitido una diagnóstico 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

Letra de Molde

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

LA FUNDACION DE CANCER DEL DESIERTO POLIZA ADOPTADA PARA COSTO DE CAPITACION

(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.
 5. DCF se reserva el derecho de conservar una copia de las solicitudes para nuestros archivos hasta 7 años.
- 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. Se requerirá que los pacientes vuelvan a solicitar asistencia financiera cada año o antes de la fecha de vencimiento de su beneficio, a menos que se indique lo contrario.