

Solicitud Para Ayuda Financiera

Información acerca del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: Hogar () _____ Trabajo: () _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Pertenencia Étnica: _____

Hombre Mujer

El nombre del padre o guardián si el paciente es menor de edad _____

Para Uso de CancerCare Solamente:

CancerCare # _____

Trabajador/a Social: _____ Asistente Del Caso: _____

Información Sobre Su Seguro de Salud

¿Tiene usted seguro de salud? Sí No

En caso de sí, por favor indique el tipo de seguro: (marque todas las que correspondan)

Medicaid Medicaid Pendiente Seguro de Salud Público

Medicare Solamente Programa de Veteranos Medicare y Medicaid

Cuidado de Caridad Medicare y otra cobertura Medicaid de emergencia

¿Están cubiertas las medicinas recetadas? Sí No Seguro Privado

Información Financiera

Gastos Familiares Mensuales	Ahorros/Bienes Totales del Hogar
Alquiler/hipoteca: _____	Cuenta de cheques: _____
Utilidades/teléfono: _____	Cuenta de ahorros/CD's: _____
Cuidado de niños: _____	Mercado de valores: _____
Transportación: _____	Acción y enlaces: _____
Gastos Medicos/Otras deudas: _____	TOTAL \$ _____
Comida: _____	
Otros gastos: _____	
TOTAL \$ _____	
Total de los Ingresos Mensuales de la familia: \$ _____	

Por favor continúe llenado la siguiente hoja

Información Financiera Continuado

¿Está actualmente empleado? Sí No ¿Número de personas en su hogar? _____

Fuente de ingresos (marque todas las que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social (Jubilación) | <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Salario | <input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad paga |
| <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Pública | <input type="checkbox"/> Incapacidad a corto plazo |
| <input type="checkbox"/> Donativos (para gastos de habitación) | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Familia/Amigos dan ayuda |
| <input type="checkbox"/> SSD (Incapacidad de Seguro Social) | <input type="checkbox"/> Otro especifique: _____ |

Asistencia Financiera Básica: Marque Todas las que Correspondan. *Por favor tome en cuenta que nuestros subsidios no son para mantenimiento básicos tales como alquiler, hipoteca, utilidades y comida. Si necesita esta asistencia, uno de nuestros trabajadores sociales lo podrá referir a una agencia local que le pueda ayudar.*

- Transportación Cuidado de niños Cuidado en el hogar Medicinas para el dolor*
 Quimioterapia* Radiación* Equipos para la linfoedema*

*subsidios para estos servicios no son disponibles en todas las localizaciones—por favor verifique con CancerCare

¿Hay algún otro servicio con el que CancerCare le puede ayudar?

- Asesoramiento individual Grupos de apoyo Programas educativos Referencias a recursos

Firma _____ Nombre (en letras de molde) _____

Relación a la persona que solicita ayuda: Usted mismo/a Otro Familiar Esposo/a Amigo/a
 Proveedor de cuidados

To Be Completed by your Doctor, Nurse or Social Worker Only: Medical Information

Date of Diagnosis: _____ Primary Cancer: _____
Stage of Cancer: _____ New Diagnosis Recurrence In Active Treatment? Yes No

If Yes, please indicate type of treatment (check all that apply):

- Chemotherapy Radiation Clinical Trial Surgery Hormonal
 Palliative Care Bone Marrow/Stem Cell Transplant Complementary/Alternative

If No, is Post Treatment Follow Up Needed? Yes No

If Yes, please indicate type of follow up: Yearly Every Six Months Other _____

MD Name: _____ Hospital/Clinic: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____ Phone: _____ Fax: _____

Signature of person completing this section: _____

Print Name/Title: _____

Phone (if different than above): _____ E-mail address _____

Relationship to Person Applying for Help: Doctor Nurse Social Worker

Gracias. Un trabajador social o un asistente de caso repasará esta información y estará en contacto con la persona que ha hecho la petición. Los fondos son limitados y basados en disponibilidad. **Por favor envíe esta aplicación de inmediato por correo o fax al 212-712-8495.**

Toda esta información es estrictamente confidencial y es para uso de CancerCare solamente.

31 mayo, 2006 V 1.0

Web Form

Para su información, aquí están las preguntas que le pedimos a su médico.
Usted **no** tiene que llenar esta solicitud, es para su información solamente.

Para Ser Completado por su Médico, Enfermera o Trabajador Social Solamente:

Información Médica

Fecha del Diagnostico: _____ Cáncer Primario: _____

Etapa del Cáncer _____ Diagnostico Nuevo Recurrido

¿Estas recibiendo tratamiento para el cancer ahora? Sí No

En caso de sí, por favor indique el tipo de tratamiento (marque todo lo que corresponda):

Quimioterapia Radiación Ensayo Clínico Cirugía Hormonal

Cuidado Paliativo BMT (transplante de células progenitoras y de médula) CAM (medicina
complementaria/alternativa)

En caso de No, ¿usted necesita el cuidado de seguimiento
despues del tratamiento? Sí No

En caso de sí, por favor indique el tipo de continuación:

Anualmente Cada seis meses Otro _____

Nombre del Médico: _____ Hospital/Clinica: _____

Dirección: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Firma de la persona que lleno esta sección: _____

Escriba su Nombre/Título: _____

Teléfono (si es diferente que arriba): _____