



**partners in care**

supporting the fight against cancer, together

# Solicitud de asistencia financiera

Por favor completa toda la información posible para ayudar con nuestra revisión.  
La aplicación debe completarse con tinta negra.

## Información personal

Nombre  Apellido

Fecha de nacimiento  Número de seguro social

Dirección

Línea de dirección 2  (opcional)

Ciudad  Estado  Código postal

Teléfono principal  Teléfono alternativo  (opcional)

Correo electrónico

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

Nombre del Padre / Guardián

## Información demográfica

### Raza de pacientes

- Caucásico
- Afroamericano
- Asiático
- Nativo americano
- Hispano
- Otro
- No quiero responder

### Empleo de pacientes

- Empleado
- Desempleado
- Discapacitado
- Retirado
- Estudiante

### Sexo del paciente

- Mujer
- Hombre



**Estamos aquí para ayudar.** Si califica para asistencia, complete esta solicitud. Nuestro equipo de profesionales trabajará contigo para que recibas el apoyo que necesita sin demora.

#### Paso 1

Complete esta solicitud y envíela por correo electrónico o fax.

#### Paso 2

Luego, nuestro personal lo llamará para determinar sus necesidades exactas.

#### Paso 3

Nuestro personal llamará la oficina de su médico para verificar el diagnóstico de cáncer.

#### Paso 4

Su solicitud irá a nuestro Comité de Asistencia Financiera para su aprobación.

#### Paso 5

Una vez aprobado, será notificado por teléfono o correo, y lo solicitado será proporcionado.

## Elegibilidad

- ✓ Debe estar dentro de los 6 meses de un diagnóstico de cáncer.
- ✓ Debe ser residente legal de los Estados Unidos.
- ✓ Debe residir o recibir tratamiento en un estado servida por Partners in Care. Por favor llama para verificar la disponibilidad de fondos en su área.



## Información de diagnóstico

### Diagnóstico

- Cáncer de cerebro
- Hueso / tejido blando / sarcoma
- Cáncer de seno
- Cáncer de colon/recto
- Examen de colonoscopia
- Cáncer de esófago
- Cáncer genitourinario (*vejiga, riñón*)
- Cáncer ginecológico (*cuello uterino, útero, vagina, trompas de Falopio, vulva*)
- Cáncer de cabeza y cuello (*amígdalas, lengua, laringe, faringe, cavidad nasal*)
- Leucemia / linfoma / mieloma
- Cáncer de pulmón
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de próstata
- Otro:

\_\_\_\_\_  
Otro diagnóstico (opcional)

\_\_\_\_\_  
Fecha de diagnóstico

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico Hospital / clínica

\_\_\_\_\_  
Dirección

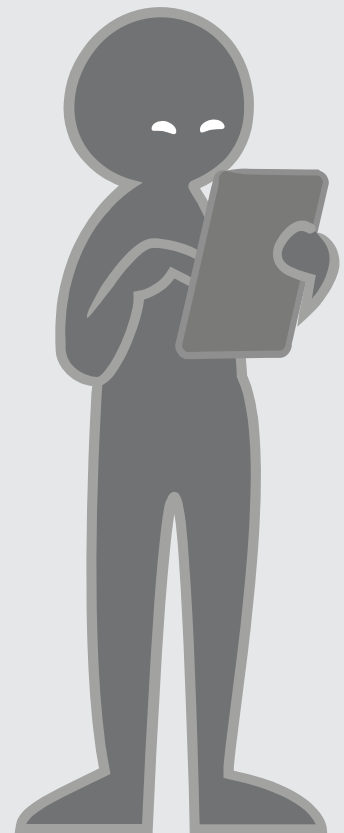
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre de contacto de la oficina Teléfono de contacto de la oficina



**Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al (239) 936-3756.**



# Categorías de asistencia

Seleccione la asistencia necesaria de las categorías siguientes. *Nota: No podemos brindar asistencia para medicamentos recetados, deducibles, gastos de tratamiento, hipoteca / alquiler, servicios públicos u otros gastos domésticos.*

## Seleccione uno:

- Suministros médicos
- Alojamiento temporal *(ver a la derecha)*
- Transportación
- Alimentos
- Cuidado de los niños
- Detección del cáncer
- Cuidado de relevo

*Solo pacientes con cáncer de cabeza o cuello:*

- Copago por tratamiento *(vea abajo)*
- Suplementos nutricionales *(vea abajo)*
- Prenda de compresión
- Aparato de trismus
- Consulta con dietista

*Si ha seleccionado Copago para el tratamiento:*

\_\_\_\_\_  
Monto del copago

*Si ha seleccionado suplementos nutricionales:*

Enumere los suplementos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Si ha seleccionado Alojamiento temporal:*

Proporcione tres hoteles / moteles más cercanos a su centro de tratamiento para obtener la mejor tarifa.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del hotel n. ° 1**

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
**Nombre del hotel n. ° 2**

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
**Nombre del hotel n. ° 3**

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

*Nota: Las reservaciones serán garantizadas por una sola noche. Se proporcionarán noches adicionales según lo aprobado por el Comité de Asistencia Financiera si el paciente cumple con las políticas del hotel. Es responsabilidad del paciente mantener cualquier reservación que se haga en su nombre. Si no lo hace, todas las reservaciones futuras se perderán indefinidamente. Si una cancelación es necesaria, esta oficina debe ser notificada un día antes de registrarse al hotel.*

## Notas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Antecedentes financieros

Estamos obligados a solicitar la información financiera de los solicitantes antes de brindar apoyo. Su información se almacena de forma segura y no se compartirá ni venderá.

Adjunte una copia de los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos más reciente (solo primera y segunda página)
- Declaraciones de salario o seguridad social / discapacidad
- No presento una declaración de impuestos

\_\_\_\_\_  
Ingreso anual del hogar

- Al marcar esta casilla, acepto recibir comunicaciones adicionales de Partners in Care. Esto podría incluir educación sobre el cáncer, información sobre eventos y exámenes de detección del cáncer y / o esfuerzos futuros de recaudación de fondos. Partners in Care no venderá ni alquilará su información personal. Consulte nuestros Términos y Política de privacidad, incluida la Política de devoluciones, en [yourpartnersincare.org/privacy-policy](http://yourpartnersincare.org/privacy-policy). Haga clic en "unsubscribe" en las comunicaciones por correo electrónico para optar por no recibir correos electrónicos.

Al firmar esta aplicación, autorizo a Partners in Care a obtener y discutir la información relacionada a esta aplicación con mi médico y otros proveedores de atención médica. Certifico que las declaraciones anteriores son correctas y entiendo que la ayuda financiera que me otorguen depende de la disponibilidad de fondos, los cuales no siempre están disponibles mensualmente. Toda la información relacionada con esta aplicación se mantendrá estrictamente confidencial. La asistencia se otorgara sin tener en cuenta la raza, el origen nacional, el género u orientación sexual y puede ser suspendida en cualquier momento. Se verificara la información proporcionada en esta aplicación. Por la presente certifico que he sido diagnosticado con cáncer dentro de los 6 meses anteriores a esta aplicación o que necesito una prueba de detección del cáncer y estoy experimentando dificultades financieras. Entiendo que puedo volver a aplicar una vez más después de un año de la fecha de esta aplicación si se me diagnostica un nuevo cáncer.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

### ¿Qué pasa después?

Envíenos su solicitud completada:

**Correo:** 2234 Colonial Boulevard  
Fort Myers, FL 33907

**Fax:** (239) 938-9399

**Email:** [info@yourpartnersincare.org](mailto:info@yourpartnersincare.org)



Su solicitud será revisada dentro de dos días hábiles. Un miembro de nuestro equipo de atención se comunicará con usted si se necesita información adicional.



Recibirá una notificación por teléfono, correo o correo electrónico sobre el estado final de su solicitud.



Si se aprueba, la asistencia generalmente será proporcionado dentro de 72 horas.



**Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al (239) 936-3756.**

### SÓLO PARA USO INTERNO

- Approved
- Not approved

\_\_\_\_\_  
Amount approved

\_\_\_\_\_  
Explain

\_\_\_\_\_  
Comments

\_\_\_\_\_  
Physician's office contacted

\_\_\_\_\_  
Date approved

\_\_\_\_\_  
Approved by

\_\_\_\_\_  
Contact name

\_\_\_\_\_  
Date approved

\_\_\_\_\_  
Approved by

- Diagnosis verified

\_\_\_\_\_  
Date approved

\_\_\_\_\_  
Approved by