

THU NHẬP GIA ĐÌNH- Cần phải cung cấp đầy đủ thông tin	Mỗi tháng trước khi chẩn đoán bệnh	Mỗi tháng hiện tại
1. Tiền lương của quý vị, nếu hiện tại quý vị đang đi làm (sau khi đóng thuế)	1.	1.
2. Tiền lương của người phối ngẫu (sau khi đóng thuế)	2.	2.
3. Thu nhập từ đóng góp của những thành viên khác trong gia đình	3.	3.
4. Bạn cùng phòng/ khách trọ	4.	4.
5. Người khuyết tật (Khoanh tròn) Chấp thuận Đang xem xét Từ chối Ngày điền đơn:	5.	5.
6. Tiền bệnh SSI/SSD (Khoanh tròn) Chấp thuận Đang xem xét Từ chối Ngày điền đơn:	6.	6.
7. Trợ cấp an sinh xã hội (Khoanh tròn) Chấp thuận Đang xem xét Từ chối Ngày điền đơn:	7.	7.
8. Phiếu hỗ trợ thực phẩm (Khoanh tròn) Chấp thuận Đang xem xét Từ chối Ngày điền đơn:	8.	8.
9. Tiền mượn trước thời hạn được trợ cấp (General Relief)/ Trợ cấp xã hội (welfare) (Khoanh tròn) Chấp thuận Đang xem xét Từ chối Ngày điền đơn:	9.	9.
10. Tiền thất nghiệp (Khoanh tròn) Chấp thuận Đang xem xét Từ chối Ngày điền đơn:	10.	10.
11. Phụ giúp nuôi con/ Cấp dưỡng cho người phối ngẫu cũ	11.	11.
12. Nguồn thu nhập khác*	12.	12.
13. Nguồn thu nhập khác*	13.	13.
TỔNG CỘNG THU NHẬP HÀNG THÁNG (Cộng hàng 1 đến 13):	\$	\$

*Ví dụ: trợ giúp từ những cơ quan vô vụ lợi, quyền lợi cựu chiến binh, tiền hưu bổng, tiền nhà cho thuê, tiền trợ cấp bồi thường lao động, tiền lời/cổ phiếu, tiền phụ cấp con nuôi, dịch vụ chăm sóc tại nhà, học bổng/ tiền vay để đi học. Trợ cấp tài chính từ những tổ chức khác **không ảnh hưởng đến điều kiện** được giúp đỡ từ BCS.

CHI TIÊU HÀNG THÁNG – Cần phải cung cấp thông tin đầy đủ	Mỗi tháng trước khi chẩn đoán bệnh	Mỗi tháng hiện tại
1. <input type="checkbox"/> Tiền trả góp nợ nhà hay <input type="checkbox"/> Tiền thuê nhà	1.	1.
2. Gas _____ Điện _____ Nước _____ Rác _____ Cable (TV)	2. (tổng cộng)	2. (tổng cộng)
3. Điện thoại nhà _____ Điện thoại cầm tay _____	3. (tổng cộng)	3. (tổng cộng)
4. Thực phẩm và gia dụng (đồ chùi rửa, lật vát..)	4.	4.
5. Tiền nợ xe _____ Bảo hiểm xe _____ Xăng _____	5. (tổng cộng)	5. (tổng cộng)
6. Thuốc men (chỉ liên quan đến điều trị ung thư vú)	6.	6.
7. Phần phụ trả y tế (co-payment) và/hoặc phần đóng góp thêm chi phí trong trị liệu ung thư vú	7.	7.
8. Phí bảo hiểm y tế	8.	8.
9. Chi tiêu khác:	9.	9.
10. Chi tiêu khác:	10.	10.
TỔNG CỘNG TẤT CẢ CHI PHÍ (cộng từ dòng 1 đến dòng 10):	\$	\$

Tại sao thu nhập và/hoặc chi tiêu của quý vị thay đổi trong thời gian trị bệnh? _____

Nếu có, quý vị có bao nhiêu tiền để dành? _____

Ghi Nhận Thẩm Định

BCS thu thập những thông tin sau đây nhằm huấn luyện nhân viên và thiện nguyện viên với mục đích phục vụ khách hàng một cách tốt nhất. Trong khi chúng tôi yêu cầu quý vị trả lời những câu hỏi sau đây, xin ghi nhớ **phản hồi của quý vị không ảnh hưởng đến việc quý vị có nhận hỗ trợ từ BCS hay không, cũng như việc quý vị được giúp đỡ ít hay nhiều**. Xin quý vị thành thật trả lời những câu hỏi để giúp chúng tôi khắc phục những thiếu sót nếu có.

1. Quý vị được nghe về BCS bằng cách nào? (khoanh tròn câu trả lời)

Trang mạng của BCS	Bạn/truyền miệng	Susan G. Komen
Văn phòng bác sĩ/Trung tâm điều trị Xin ghi rõ:	Nhóm hỗ trợ Xin ghi rõ:	Hội Ung Thư Hoa Kỳ
Những cơ quan vô vụ lợi hoặc Hội Xin ghi rõ	Facebook/Twitter	Trang mạng khác: Xin ghi rõ :
Trường hợp khác. Xin ghi rõ:		

2. Xin vui lòng đánh giá trải nghiệm với BCS sử dụng những thang điểm sau:

4 – Hoàn toàn đồng ý 3 – Đồng ý 2 – Không đồng ý 1 – Hoàn toàn không đồng ý N/A – Không áp dụng

a. Đơn BCS của tôi đã được gửi đến đúng thời hạn.	
b. Tôi đã tìm ra và tải mẫu đơn trên trang mạng của BCS một cách dễ dàng.	

Xin vui lòng chỉ trả lời câu hỏi c-e nếu quý vị đã từng nói chuyện với nhân viên hoặc thiện nguyện viên của BCS.

c. Những câu hỏi và thắc mắc của tôi đã được giải đáp cặn kẽ.	
d. Nhân viên và thiện nguyện viên của BCS rất lịch sự và thân thiện.	
e. Sự giới thiệu tôi nhận được rất hữu ích cho hoàn cảnh của tôi.	

Vui lòng giải thích thêm bất cứ đánh giá nào ở phía trên:

3. Xin khoanh tròn những sự giúp đỡ mà quý vị cần ở thời điểm hiện tại (khoanh tròn tất cả ô phù hợp)

Trợ cấp thực phẩm	Trợ cấp phí tiện ích (điện, nước, gas,)	Trợ cấp gia cư: tiền mướn nhà / trả góp nợ nhà	Các chương trình của chính phủ (e.g., SSI, SSD)
Phương tiện đi lại (khoanh tròn tất cả phù hợp): thẻ đồ xăng vé xe buýt khác	Nhóm hỗ trợ	Hỗ trợ xã hội (ngoại trừ nhóm hỗ trợ)	Trợ giúp pháp lý:
Hỗ trợ trị liệu (khoanh tròn tất cả phù hợp): Phí thuốc men Phụ trợ y tế Bảo hiểm sức khỏe		Tâm lý trị liệu (khoanh tròn tất cả phù hợp): Cá nhân Vợ chồng Phối ngẫu Gia đình	

Điều khác:

4. Quý vị đã từng trì hoãn hay quên bất cứ cuộc hẹn điều trị nào chưa? (Xin khoanh tròn) **CÓ** **KHÔNG**

Nếu CÓ, xin vui lòng giải thích tại sao:

5. Khoản chi tiêu trong gia đình nào khiến quý vị lo ngại nhất trong thời điểm hiện tại?

6. Nếu quý vị là bệnh nhân quay trở lại, tại sao quý vị nộp đơn xin hỗ trợ thêm lần nữa?

Quy Luật và Thủ Tục

1. **NHỮNG NGƯỜI NỘP ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH PHẢI SỐNG Ở QUẬN CAM, QUẬN SAN BERNARDINO HOẶC Ở QUẬN RIVERSIDE (CALIFORNIA).**
2. BCS không chịu trách nhiệm cho bất cứ phí tổn với lý do trễ hạn nộp tiền hay chấm dứt dịch vụ.
3. BCS không hoàn lại khoản tiền mà người nộp đơn đã trả.
4. BCS phải nhận được bản thanh toán gần nhất trước khi trả tiền cho bất cứ phí tiện ích nào. BCS sẽ kiểm chứng số tiền đóng, nếu có thể, trước khi thanh toán những phí này.
5. BCS sẽ không trả tiền cho dịch vụ đã được hoàn trả từ hãng bảo hiểm.
6. BCS không cho phép bất cứ sử dụng tên hay nhãn hiệu của tổ chức nếu không có sự đồng ý của chúng tôi.
7. Nếu quý vị cung cấp bất cứ thông tin không có thật, đơn xin trợ giúp tài chính sẽ bị từ chối và/hoặc trợ cấp tài chính hiện tại sẽ bị cắt ngay lập tức.
8. BCS có quyền từ chối phục vụ bất cứ cá nhân nào.

Khi ký tên bên dưới, tôi đồng ý những thông tin tôi cung cấp trên mẫu đơn này là hoàn toàn chính xác sự thật và tôi sẽ chấp hành những điều khoản và quy luật đã nêu ra.

 Chữ ký

 Ngày

 Tên

- Đánh dấu nếu quý vị muốn được giới thiệu đến những cơ quan khác (nếu đánh dấu, thông tin của quý vị sẽ được chia sẻ với những cơ quan này)

Điều Kiện Thẩm Định

Những điều sau đây dùng để xác minh điều kiện của quý vị
 Quý vị *không* cần cung cấp bất cứ tài liệu nào trừ khi được yêu cầu

Bằng chứng nhận dạng	Thẻ căn cước (ID), bằng lái xe California, hộ chiếu, thẻ nhân viên hay thẻ học sinh, thẻ an sinh xã hội, những thẻ chứng nhận khác. <i>Bằng chứng di trú không cần cung cấp.</i>
Gia cư	Biên nhận tiền thuê nhà, biên nhận trả góp nợ nhà hay hợp đồng, giấy chứng nhận từ chủ đất; biên nhận gas, điện, nước, thông báo ngừng cung cấp, thông báo trễ hạn, thông báo trực xuất, thông báo tịch thu, thông báo 3 ngày để dọn ra,..v..v...
Lợi tức	Giấy tờ thu nhập trước khi trị liệu và trong lúc trị liệu. Thu nhập tự kiếm và thu nhập từ các nguồn khác của người phối ngẫu và những thành viên khác cùng chung sống phải được liệt kê vào.
Nhà đất	Thông tin về tài sản cá nhân bao gồm nhà/đất cho thuê, căn nhà thứ hai,..v..v...
Những chi phí khác	Thông tin về thẻ tín dụng, tiền xe, tiền giữ trẻ, trợ cấp cho con cái, cable, chi phí lưu trữ đồ đạc, câu lạc bộ thể dục, các trách nhiệm khác về pháp lý cho những người cùng sống trong nhà.
Tài sản có thể quy đổi	Tất cả giấy tờ về tài sản có thể quy đổi; các giấy tờ này có thể bao gồm tài khoản ngân hàng, cổ phiếu, trái phiếu và tất cả các tài sản có thể quy đổi thành tiền mặt.
Những nguồn không thể tiếp cận (e.g., 401K, IRA), xe cộ và vật dụng cá nhân	Miễn khai báo

GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

Đến: _____
Tên của bác sĩ, tổ hợp y tế hoặc cơ sở y tế

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____

Tôi, _____, sinh sống tại: _____
(tên của quý vị) (địa chỉ của quý vị)

đồng ý cho quý vị sử dụng và tiết lộ thông tin chi tiết mà cơ quan vô vụ lợi Breast Cancer Solutions (33-0765783) yêu cầu khi tôi không thể cung cấp về tình trạng sức khỏe của vú và / hoặc việc trị liệu ung thư vú của tôi.

Thông tin này cần thiết để xác minh điều kiện của tôi để được nhận hỗ trợ từ Breast Cancer Solutions. Tôi đã đọc giấy này và đồng ý với những yêu cầu trên trước khi tôi ký tên.

_____	_____
Tên viết hoa	Ngày
_____	_____
Chữ ký của người làm đơn	Ngày sinh

Vui lòng đưa đơn này cho bác sĩ, hoặc các cơ sở y tế mà quý vị yêu cầu để được tiết lộ thông tin tới Breast Cancer Solutions.

BÁO CÁO CỦA BÁC SĨ

Cá nhân được đề cập dưới đây đã yêu cầu hỗ trợ từ Breast Cancer Solutions (BCS). **Giấy này và một bản sao của báo cáo bệnh lý cần thiết để đơn xin của bệnh nhân được xem là hoàn chỉnh.** Giấy cho phép tiết lộ thông tin cùng với chữ ký được kèm theo.

Attn: Breast Cancer Solutions
25422 Trabuco Rd. #105-167
Lake Forest, CA 92630-2797

Điện thoại: 866.960.9222
Fax: 866.781.6068

PHẦN I - ĐƯỢC HOÀN TẤT BỞI NGƯỜI LÀM ĐƠN			
Tên Bệnh nhân:			
Ngày sinh của bệnh nhân:			
Tên Bác sĩ:		Điện thoại của Bác sĩ:	
Địa chỉ Bác sĩ:		Fax của Bác sĩ:	
PHẦN II - ĐƯỢC BÁC SĨ HOÀN TẤT – VUI LÒNG VIẾT HOA RÕ RÀNG			
Chẩn đoán:			
Giai đoạn:	Cấp độ:	H2N Positive (dương tính): Có Không	Triple Negative (âm tính): Có Không
Ngày chẩn đoán:	Ngày khám cuối cùng gần đây nhất:		
Kế hoạch trị liệu			
Phẫu thuật (nêu rõ loại hình phẫu thuật):		Ngày phẫu thuật:	Thời gian dự đoán hồi phục:
Hoá chất trị liệu (nêu rõ tên thuốc)		Ngày bắt đầu	Ngày dự đoán kết thúc:
Herceptin		Ngày bắt đầu	Ngày dự đoán kết thúc:
Xạ trị liệu		Ngày bắt đầu	Ngày dự đoán kết thúc:
Tiên lượng bệnh trạng: <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Cần theo dõi <input type="checkbox"/> Khác:			
Hạn chế cụ thể về sức khoẻ:			
Mức độ lao động nào phù hợp cho bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Ít giờ/part time ____ tiếng/ một tuần <input type="checkbox"/> Đủ giờ/ full time			
Ngày dự đoán bệnh nhân có thể trở lại làm việc bình thường:			
Những thuốc được kê toa khác:			
Ý kiến :			
<input type="checkbox"/> Bản sao báo cáo về bệnh lý của bệnh nhân được kèm với báo cáo này			
Chữ ký Bác sĩ:		Ngày:	



PHYSICIAN'S REPORT

The individual listed below has requested assistance from Breast Cancer Solutions (BCS). **This form and a copy of the pathology report are required for this patient's application to be considered complete.** A signed release for the requested information is attached.

Breast Cancer Solutions
25422 Trabuco Rd. #105-167
Lake Forest, CA 92630-2797

Phone: 866.960.9222
Fax: 866.781.6068

SECTION I – TO BE COMPLETED BY APPLICANT			
Patient Name:			
Patient Date of Birth:			
Physician's Name:		Physician's phone:	
Physician's Address:		Physician's fax:	
SECTION II – TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN – PLEASE <u>PRINT</u> CLEARLY			
Diagnosis:			
Stage:	Grade:	H2N Positive* (circle): Y or N	Triple Negative* (circle): Y or N
Date of diagnosis:		Date of last appointment:	
Planned Treatments			
Surgery (specify type)		Date of procedure	Expected recovery time
Chemotherapy (specify medications)		Start date	Expected end date
Herceptin		Start date	Expected end date
Radiation		Start date	Expected end date
Client's prognosis: <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Guarded <input type="checkbox"/> Other:			
Specific physical limitations:			
What level of employment activity is suitable for patient? <input type="checkbox"/> Part-time ____ hours per week <input type="checkbox"/> Full-time			
Projected date patient can return to work at pre-treatment level:			
Other prescribed medications:			
Comments:			
<input type="checkbox"/> Copy of patient's pathology report is attached to this report			
Physician's signature:		Date Signed:	

* Specific resources are available for patients who are H2N positive and/or have triple negative breast cancer.