

## APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

**Elegibilidad para la asistencia financiera:**

- Ser residente en los condados de Orange, San Bernardino o Riverside (California).
- Se encuentra en tratamiento activo del cáncer de seno (cirugía, quimioterapia o radiación para tratar el cáncer de mama) con un equipo de oncología certificado/licenciado por la junta.
- Está experimentando dificultades financieras debido al tratamiento del cáncer de mama.

**BCS no proporciona asistencia financiera si usted:**

- Se considera que no tienen evidencia de enfermedad.
- Está tomando únicamente un tratamiento/inhibidor hormonal a largo plazo (p. ej., tamoxifeno) para el cáncer en la etapa I, II o III.
- Están únicamente recibiendo cuidados de hospicio.
- Se está sometiendo a una reconstrucción, pero no a ningún otro tratamiento.
- Ha suspendido el tratamiento en contra del consejo del médico.
- Tiene más de \$6,000 en ahorros/en efectivo.

**Instrucciones: Rellene las páginas 1 y 2, firme la página 3 y rellene la parte de arriba de la página 4. Refiérase a la página 4 para las instrucciones de la verificación médica. Revisaremos su aplicación una vez que Breast Cancer Solutions (BCS) haya recibido todas las páginas.**

### PARTE 1: INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento/Unidad: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Idioma que prefiere: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Número de niños menores de edad: 0-17 / 18+: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del/la trabajador/a social (si tiene uno/a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de aseguranza médica tiene?

- Medicare   
  Medi-Cal   
  BCCTP   
  Affordable Care Act/Covered California  
 Privado HMO (especifique): \_\_\_\_\_
  Privado PPO (especifique): \_\_\_\_\_
  Ninguno

### PARTE 2: EVALUACIÓN INICIAL

1. ¿Cómo supo de BCS? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué gastos te preocupan más en este momento?
  Alojamiento   
  Comida   
  Transporte/gas   
  Utilidades   
  Costos medicos  
 Otro \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido que posponer o cancelar alguna de sus citas de tratamiento?   
 SÍ   
 NO  
 Si su respuesta es SÍ, por favor explique la razón: \_\_\_\_\_
4. Por favor evalúe su experiencia con BCS usando la siguiente escala:  
*4 – Totalmente de acuerdo    3 – De acuerdo    2 – En desacuerdo    1 – Totalmente en desacuerdo    N/A No aplicable*
  - a. Fue fácil para mí obtener una solicitud de asistencia financiera : \_\_\_\_\_
  - b. Los empleados de BCS respondieron a mis preguntas meticulosamente: \_\_\_\_\_
  - c. Los empleados de BCS fueron corteses y amables: \_\_\_\_\_
  - d. Los recursos que recibí me ayudaron: \_\_\_\_\_

### PARTE 3: INFORMACIÓN FINANCIERA

#### SU SITUACIÓN DE EMPLEO ACTUAL

- Jornada Completa  
  Media Jornada  
  Desempleado  
  Jubilado  
  No trabaja  
 No está trabajando durante el tratamiento

#### INGRESOS MENSUALES ACTUALES DE SU HOGAR

Por favor, enumere todas las fuentes de ingresos, incluyendo su sueldo/salario, el sueldo/salario de su esposo/pareja, pensión, seguridad social, ingresos de renta, manutención de su exmarido, manutención de niños, discapacidad, desempleo, SNAP/EBT, beneficios para veteranos, etc.

Fuente de Ingresos	Cantidad
1.	\$
2.	\$
3.	\$
4.	\$
5.	\$
<b>TOTAL</b>	

¿Cómo han cambiado sus ingresos desde que comenzó el tratamiento del cáncer de mama?

Si es aplicable, ¿cuánto dinero tiene en ahorros? \_\_\_\_\_

#### GASTOS MENSUALES DEL HOGAR ACTUALES

1. Renta/Hipoteca	\$
2. Teléfono	\$
3. Electricidad/Gas/Cable	\$
4. Agua/Basura	\$
5. Comida/Artículos del hogar	\$
6. Préstamo del carro	\$
7. Asegurancia del carro	\$
8. Gasolina	\$
9. Medicinas (relacionadas con el tratamiento del cáncer de seno solo)	\$
10. Pagos médicos y/o gastos compartidos para el tratamiento del cáncer de seno.	\$
11. Pagos de la asegurancia medica	\$
12. Otros gastos:	\$
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>

¿Qué gastos han cambiado desde su diagnóstico de cáncer de seno? \_\_\_\_\_

---

## PARTE 4: POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS

- Los fondos monetarios no están siempre disponibles. Por favor chequee nuestra página web para ver las actualizaciones.
- BCS no se responsabiliza por las tarifas acumuladas debido a pagos atrasados o por finalización los servicios. No reembolsará ninguna factura que el/la solicitante ya haya pagado. BCS debe tener los extractos bancarios más recientes antes de pagar las facturas de agua, gas y electricidad. Puede que se verifique la cantidad que se debe. BCS se reserva el derecho de solicitar información y documentos para verificar sus ingresos y gastos.
- BCS se reserva el derecho de negar servicios a cualquier persona. No garantiza asistencia financiera para todos. BCS no pagará servicios que son reembolsados por las compañías de aseguranza médica. Si se descubre que la información que ha aportado en la aplicación o entrevista no es verdadera, se le negará la solicitud de asistencia financiera, y/o cualquier asistencia que se haya aprobado se suspenderá inmediatamente. Como una organización registrada sin fines de lucro, tenemos la obligación de seguir estrictamente las normas establecidas por nuestra Junta Directiva.
- BCS no permite el uso del nombre o logo de la organización sin permiso.

**Al firmar este documento, o al teclear mi nombre o insertar mi firma digital, YO estoy de acuerdo con que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera y correcta, y me adhiero a las regulaciones y procedimientos establecidos.**

---

Firma

Fecha

---

Nombre con letra impresa

- Marque la casilla si le gustaría que lo/la refiramos a otras agencias (si la marca, es posible que su información se comparta con otras agencias)

### ENTREGUE LA APLICACIÓN COMPLETA A BREAST CANCER SOLUTIONS

**Dirección de correos:** Breast Cancer Solutions, 25422 Trabuco Rd. #105-167, Lake Forest, CA 92630

**Email:** bcsfax@onebox.com (no envíe archivos con imágenes por favor; no use otro correo electrónico)

**Fax:** 866-781-6068

*Breast Cancer Solutions no discrimina por motivos de raza, etnia, color, religión, sexo, orientación sexual, género, identificación de género, origen nacional, ciudadanía, estatus de veterano, ascendencia genética, edad, discapacidad física o mental, o cualquier otra clase o grupo protegido.*

**Comentarios adicionales:**

## PARTE 5: REPORTE DEL MÉDICO

### Esta sección la rellena el aplicante

Por la presente, autorizo a divulgar a la organización sin fines de lucro Breast Cancer Solutions (33-0765783) el siguiente informe sobre mi tratamiento de cáncer de seno.

- Informe patológico más reciente
- Diagnóstico de cáncer de mama, incluyendo fecha, etapa, grado, tipo, estado de ER/PR, estado her2;
- Plan de tratamiento: fecha(s) proyectada(s) para la cirugía, fechas de inicio/finalización de la quimioterapia y medicinas, fechas de inicio/finalización de la radiación y/o tratamientos de medicamento por vía oral

Nombre del Paciente:	Firma del Paciente:
Dirección del Paciente:	Fecha de Nacimiento del Paciente:

**Esta información se puede proporcionar a través de registros médicos o completando el formulario a continuación para verificar la elegibilidad para recibir asistencia de BCS. Se requiere el informe de patología de cualquier manera.** He leído este formulario y acepto su solicitud. *BCS se reserva el derecho de solicitar información de verificación adicional si es necesario.*

### \*\*\*ESTA SECCION LA RELLENA EL MEDICO\*\*\*

Nombre del Médico:			Teléfono del Médico:		
Dirección del Médico:			Fax del Médico:		
Diagnóstico:					
Estado:	Grado:	Triple negativo: Sí o No	Her2 Positivo: Sí o No	ER+ ? Sí o No	PR+ ? Sí o No
Fecha del Diagnóstico:			Fecha de la última cita:		
Cirugía (Especifique que tipo)		Fecha del procedimiento		Tiempo de recuperación previsto	
Quimioterapia (Especifique las medicinas)		Fecha de comienzo		Fecha de término prevista	
Herceptin		Fecha de comienzo		Fecha de término prevista	
Radiación		Fecha de comienzo		Fecha de término prevista	
Prognosis del Cliente: <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Cauteloso <input type="checkbox"/> Otro:					
Limitaciones físicas específicas:					
¿Qué nivel de actividad laboral es apropiada para el/la paciente? <input type="checkbox"/> Media jornada ____ horas/semana <input type="checkbox"/> Jornada completa					
Fecha prevista para que el/la paciente regrese al trabajo:					
Otras medicinas recetadas:					
Comentarios:					

**\*\*Envíe esta forma con el informe patológico a Breast Cancer Solutions\*\***

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

**Fax:** 866-781-6068 / **Email:** bcsfax@onebox.com (no envíe archivos con imágenes por favor)

## PART 5: MEDICAL VERIFICATION

### For applicant to complete

I hereby authorize you to release to Breast Cancer Solutions (BCS) (nonprofit ID 33-0765783) the following information concerning my breast cancer treatment:

- Most recent pathology report;
- Breast cancer diagnosis, including date, stage, grade, type, ER/PR status, her2 status;
- Treatment plan: Projected date(s) for surgery, chemotherapy start/end dates and medications, radiation start/end dates, and/or oral treatment medications.

Patient Name:	Patient Signature:
Patient Address:	Patient Date of Birth:

**This information may be provided via medical records or by completing the form below to verify eligibility for assistance from BCS. Pathology report is required either way.** I have read this form and agree to its request. *BCS reserves the right to request additional verification information if needed.*

### \*\*\*FOR PHYSICIAN TO COMPLETE\*\*\*

Physician's Name:			Physician's phone:		
Physician's Address:			Physician's fax:		
Diagnosis:					
Stage:	Grade:	Triple negative: Y or N	Her2 Positive: Y or N	ER+ ? Y or N	PR+ ? Y or N
Date of diagnosis:			Date of last appointment:		
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:					
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:					

**\*\*Send pathology report and this form or records to Breast Cancer Solutions\*\***  
**Mail:** Breast Cancer Solutions, 25422 Trabuco Rd. #105-167, Lake Forest, CA 92630  
**Fax:** 866-781-6068 / **Email:** bcsfax@onebox.com (no image files please)