

APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Elegibilidad para la asistencia financiera:

- Ser residente en los condados de Orange, San Bernardino o Riverside (California).
- El ingreso anual actual de su hogar debe ser igual o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza.
- 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 GASTO le preocupa 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? ☐ SI ☐ 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, micromecenazgo (GoFundMe), manutención de su exmarido, manutención de niños, discapacidad, desempleo, SNAP/EBT, beneficios para veteranos, etc.

Fuente de Ingresos	Cantidad
1.	\$
2.	\$
3.	\$
4.	\$
5.	\$
TOTAL	

¿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. Aseguranza 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 aseguranza medica	\$
12. Otros gastos:	\$
TOTAL	\$

¿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: application@breastcancersolutions.org (no envíe archivos con imágenes; 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

Este formulario y el informe patológico actual son requisitos para que esta solicitud sea procesada.

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) 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 SECCION LA RELLENA EL MEDICO

Nombre del Médico:			Teléfono del Médico:		
Dirección del Médico:			Fax del Médico:		
Diagnóstico:					
Estado:	Grado:	Triple negative: 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: ☐ Bueno ☐ Aceptable ☐ Cauteloso ☐ Otro:					
Limitaciones físicas específicas:					
¿Qué nivel de actividad laboral es apropiada para el/la paciente? ☐ Media jornada ____ horas/semana ☐ Jornada completa					
Fecha prevista para que el/la paciente regrese al trabajo:					
Otras medicinas recetadas:					
Comentarios:					

****Envíe el informe de patología y este formulario completado a Breast Cancer Solutions.****

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

Fax: 866-781-6068 / **Email:** application@breastcancersolutions.org (no envíe archivos con imágenes por favor)

PART 5: MEDICAL VERIFICATION

This form and current pathology report are required for this application to be processed

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:

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: ☐ Good ☐ Fair ☐ Guarded ☐ Other:					
What level of employment activity is suitable for patient? ☐ Part-time ____ hours per week ☐ Full-time					
Projected date patient can return to work at pre-treatment level:					
Other prescribed medications:					
Comments:					

****Send pathology report and this completed form to Breast Cancer Solutions****

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

Fax: 866-781-6068 / **Email:** application@breastcancersolutions.org (no image files please)