

## APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>ELIGIBILIDAD:</b> | <p><b>BCS proporciona apoyo a las personas que se encuentran en tratamiento activo de cáncer de seno y en dificultades financieras debido al resultado directo del tratamiento.</b> Tratamiento activo significa que está recibiendo o que va a recibir quimioterapia o radiación, o que va a tener cirugía próximamente para tratar primordialmente el cáncer de seno. <b>EL/LA SOLICITANTE DE LA ASISTENCIA FINANCIERA DEBE VIVIR EN EL CONDADO DE ORANGE, SAN BERNARDINO O RIVERSIDE (CALIFORNIA).</b> Por favor visite nuestra página web para acceder a los recursos en otras áreas.</p> <p>BCS no proporciona asistencia si:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se considera que no existe evidencia de estar enfermo/a (NED); y/o</li><li>• Esta recibiendo únicamente un tratamiento hormonal (ej., Tamoxifen) para los estados de cáncer I, II, o III; y/o</li><li>• Está recibiendo únicamente cuidado de residencia para enfermos terminales o tratamiento paliativo; y/o</li><li>• Se encuentra en el proceso de reconstrucción sin estar recibiendo ningún otro tratamiento; y/o</li><li>• Ha dejado el tratamiento por alguna razón que contradice la opinión profesional de su doctor; y/o</li><li>• Tiene mas de \$6,000 en dinero efectivo (sin incluir 401Ks, vehículo o artículos personales).</li></ul> |
|----------------------|--|

### INSTRUCCIONES:

- Rellene las páginas de la 1 a la 4 de esta aplicación. Envíe por fax o correos las páginas a BCS (refiérase a la información en la parte de arriba de esta hoja)
- Rellene la página 5 y la parte de arriba de la página 6, y dele AMBAS páginas a su doctor.
- Después de que su doctor haya completado la página 6, pídale que envíe por fax o correo **las páginas 5 y 6 junto con su reporte patológico** a BCS.
- Nos pondremos en contacto con usted una vez que hayamos recibido la aplicación completa (incluyendo el reporte de su doctor). **Su aplicación no se procesará hasta que no recibamos las 6 páginas.**
- Cada página de la aplicación se debe completar y.

Fecha de la Aplicación \_\_\_\_\_ ¿Cómo supo acerca de BCS? \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE CONTACTO

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

Dirección de envío: \_\_\_\_\_  
calle ciudad estado código postal

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Le ha ayudado alguien a rellenar esta aplicación?  No  Sí Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de seguro médico tiene? (Por favor circule) Medicare MediCal BCCTP Medi-Medi Ninguno

Affordable Care Act/Covered California Privado (especifique): \_\_\_\_\_ HMO/PPO (circule uno)

Origen étnico (opcional): \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Número de niños menores de edad en el hogar: \_\_\_\_\_

| <b>INGRESOS DEL HOGAR – Se requiere la divulgación completa</b>                                   | <b>Cantidad Mensual Antes del Diagnóstico</b> | <b>Cantidad Mensual Actual</b> |
|---|---|--------------------------------|
| 1. Su sueldo <i>si está trabajando actualmente</i> (después de los impuestos)                     | 1.  | 1.                             |
| 2. El sueldo de su esposo/a o pareja (después de los impuestos)                                   | 2.  | 2.                             |
| 3. Ingresos de otro miembro/s contribuyente/s en el hogar   | 3.  | 3.                             |
| 4. Intereses/dividendos   | 4.  | 4.                             |
| 5. Compañero de habitación  | 5.  | 5.                             |
| 6. Discapacidad (Por favor circule) Aceptado Pendiente Negado<br>Fecha de la aplicación:          | 6.  | 6.                             |
| 7. SSI/SSD (Por favor circule) Aceptado Pendiente Negado<br>Fecha de la aplicación:               | 7.  | 7.                             |
| 8. Seguridad Social (Por favor circule) Aceptado Pendiente Negado<br>Fecha de la aplicación:      | 8.  | 8.                             |
| 9. Estampillas de Comida (Por favor circule) Aceptado Pendiente Negado<br>Fecha de la aplicación: | 9.  | 9.                             |
| 10. Ayuda General/Social (Por favor circule) Aceptado Pendiente Negado<br>Fecha de la aplicación: | 10.   | 10.                            |
| 11. Seguro de Desempleo (Por favor circule) Aceptado Pendiente Negado<br>Fecha de la aplicación:  | 11.   | 11.                            |
| 12. Otro*   | 12.   | 12.                            |
| 13. Otro*   | 13.   | 13.                            |
| <b>INGRESO MENSUAL TOTAL (Sume de la línea 1 a la 13):</b>  | <b>\$</b>                                     | <b>\$</b>                      |

\*Ejemplos: Asistencia de agencias sin ánimo de lucro, beneficios para veteranos, pensión/jubilación, ingresos de la renta de una propiedad, compensación de empleado, apoyo monetario para los hijos/pensión alimenticia, ingresos de apoyo para niños acogidos en su hogar, beneficios de servicios de apoyo para el cuidado en el hogar, subvenciones o préstamos académicos, o CalWORKS (AFDC). La asistencia financiera de otras agencias **no le descalifica** para recibir apoyo de BCS.

| <b>GASTOS MENSUALES – Se requiere la divulgación completa</b>                       | <b>Cantidad Mensual Antes del Diagnóstico</b> | <b>Cantidad Mensual Actual</b> |
|---|---|--------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Hipoteca o <input type="checkbox"/> Renta               | 1.  | 1.                             |
| 2. Gas ____ Electricidad ____ Agua ____ Basura ____ Cable ____                      | 2.<br>(cantidad total)                        | 2.<br>(cantidad total)         |
| 3. Teléfono y/o celular   | 3.  | 3.                             |
| 4. Comida y artículos del hogar (ej. Productos de limpieza)                         | 4.  | 4.                             |
| 5. Préstamo del carro ____ Seguro del carro ____ Gasolina ____                      | 5.<br>(cantidad total)                        | 5.<br>(cantidad total)         |
| 6. Medicinas (relacionadas con el tratamiento del cáncer de seno únicamente)        | 6.  | 6.                             |
| 7. Pagos de Medical y /o gastos compartidos para el tratamiento del cáncer de seno. | 7.  | 7.                             |
| 8. Pagos de su seguro médico  | 8.  | 8.                             |
| 9. Otro:  | 9.  | 9.                             |
| 10. Otro:   | 10.   | 10.                            |
| <b>GASTOS MENSUALES TOTALES (Sume de la línea 1 a la 10):</b>                       | <b>\$</b>                                     | <b>\$</b>                      |

¿Por qué han cambiado sus ingresos y/o gastos durante el tratamiento? \_\_\_\_\_

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

### Evaluación Inicial

BCS recopila información que ayuda a entrenar a los empleados y voluntarios y así mejorar la asistencia que les ofrecemos a nuestros clientes. Por favor conteste las siguientes preguntas; sus respuestas no afectará de ninguna manera el que usted reciba o no asistencia de BCS, o la cantidad que vaya a recibir. Sólo le pedimos que responda a estas preguntas fielmente para poder fortalecer cualquier área en la que necesitemos mejorar en nuestra agencia.

#### 1. ¿Cómo supo de BCS? (Por favor circule su respuesta)

|   |  |
|---|--|
| Página Web de BCS   | Amigo/a – de Boca en Boca                |
| Oficina del Doctor/Centro de Tratamiento<br>Por favor especifique:      | Grupo de Apoyo<br>Por favor especifique: |
| Susan G. Komen para la Cura   | Sociedad Americana de Cáncer             |
| Otra Agencia o Fundación sin Animo de Lucro<br>Por favor especifique:   | Facebook/Twitter                         |
| Internet/Otra página web que no sea la de BCS<br>Por favor especifique: | Otro<br>Por favor especifique:           |

#### 2. Por favor evalué 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. Me enviaron la aplicación de BCS en un tiempo considerable.              |                |                   |                              |                    |
| b. Pude encontrar y bajar la aplicación fácilmente de la página web de BCS. |                |                   |                              |                    |

Por favor conteste a las preguntas de la c a la e UNICAMENTE si ha hablado con un empleado o voluntario de BCS.

|   |  |
|---|--|
| c. Respondieron a mis preguntas meticulosamente.                            |  |
| d. Los empleados y voluntarios de BCS fueron corteses y amables en general. |  |
| e. Los recursos que recibí me sirvieron de ayuda con mi situación personal. |  |

Por favor, si lo desea escriba comentarios acerca de la atención que haya recibido de BCS

#### 3. Por favor circule el tipo de asistencia que necesita en estos momentos (circule todos los que aplican):

|   |  |  |                                       |
|---|--|--|---------------------------------------|
| Asistencia para Comida  | Asistencia con la electricidad, agua y gas                                   | Asistencia con el hogar: renta / hipoteca  | Programas del gobierno (ej. SSI, SSD) |
| Transporte (circule todos los que aplican):<br>tarjetas de gas    pases de bus    otro                              | Grupos de apoyo  | Apoyo social (que no sean grupos de apoyo) | Recursos o asistencia legal           |
| Asistencia para el tratamiento (circule todos los que aplican):<br>Costo de medicinas    co-pago    pago del seguro | Terapia (circule todos los que aplican):<br>Individual    Pareja    Familiar |  |                                       |

Otro:

#### 4. ¿Ha tenido que posponer o cancelar alguna de sus citas de tratamiento? (por favor circule)    SI    NO

Si ha elegido sí, por favor, explique la razón:

#### 5. ¿Qué gastos del hogar le preocupan más en estos momentos?

|  |
|--|
|  |
|--|

### Política y Procedimientos de BCS

1. **EL/LA SOLICITANTE DE LA ASISTENCIA FINANCIERA DEBE VIVIR EN EL CONDADO DE ORANGE, SAN BERNARDINO O RIVERSIDE (CALIFORNIA).**
2. BCS no se responsabiliza por los pagos acumulados debido a pagos atrasados o término de los servicios.
3. BCS no reembolsa ninguna factura que el/la solicitante ya haya pagado.
4. BCS debe tener los extractos bancarios más recientes antes de pagar las facturas de agua, gas y electricidad. BCS verificará la cantidad que se debe antes de pagar las facturas cuando sea posible.
5. BCS no pagará servicios que son reembolsados por las compañías de seguro. BCS no permite el uso del nombre o logo de la organización sin permiso.
6. BCS no permite el uso del nombre o logo de la organización sin permiso previo.
7. 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.
8. BCS se reserva el derecho de negar servicios a cualquier persona.

Al firmar este documento, 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 por BCS.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre con letra impresa**

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

### Verificación de Elegibilidad

Pro favor, refiérase a los siguientes puntos para verificar su elegibilidad.

*No necesita* proporcionar ninguno de estos documentos a no ser que un empleado de BCS se los solicite.

|  |  |
|--|--|
| Prueba de identidad  | Identidad con foto, licencia de manejar o tarjeta de identidad de California, pasaporte, tarjeta de identidad de estudiante o empleado, tarjeta de seguridad social, u otra forma de identificación. No se requiere prueba de su estado de inmigración.                |
| Vivienda   | Recibo de la renta, recibo o contrato de la hipoteca, nota del dueño; recibos del agua, electricidad y gas, aviso de desconexión, aviso de atraso en el pago, aviso de desahucio, aviso de ejecución hipotecaria, aviso de tres días para desalojar la propiedad, etc. |
| Ingresos   | Documentación de los ingresos antes y durante el tratamiento. Se deben incluir sus ganancias o los ingresos de su pareja o cualquier otra persona contribuyente que viva en el hogar.  |
| Inmueble   | Información sobre las propiedades que posee, incluyendo rentas, viviendas adicionales, etc.  |
| Otros gastos   | Información sobre el pago de tarjetas de crédito, pagos del carro, gastos de cuidado de niños, pensión alimenticia para sus hijos, cable, renta para el almacenamiento de muebles, club de salud, otras obligaciones legales de las personas viviendo en el hogar.     |
| Recursos monetarios líquidos   | Documentación de recursos monetarios líquidos; dicha documentación puede incluir cuentas bancarias, acciones, bonos bancarios y cualquier otro concepto accesible que se pueda convertir en dinero.  |
| Recursos inaccesibles (ej., 401K, IRA), Carros y Objetos Personales and Personal | Exento   |

**AUTORIZACION DEL/LA SOLICITANTE PARA DAR A CONOCER INFORMACION CONFIDENCIAL**

Para: \_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor, Grupo médico o Agencia

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_  
(su nombre) (su dirección)

Por la presente le autorizo a que dé a conocer a la agencia sin ánimo de lucro Breast Cancer Solutions (33-0765783) la información específica que le soliciten y que yo no puedo concederles, con respecto a la salud de mis senos y/o mi tratamiento del cáncer de seno.

Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para que Breast Cancer Solutions (BCS) me proporcione asistencia. He leído este documento y estoy de acuerdo con la petición antes de firmarla.

\_\_\_\_\_  
Su Nombre con Letra Clara

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del/la Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

**Por favor, entréguele este documento a su médico u otra agencia que esté solicitando su autorización para poder darle a Breast Cancer Solutions información confidencial sobre usted.**

## REPORTE DEL MEDICO

La persona cuyo nombre aparece abajo ha solicitado asistencia de Breast Cancer Solutions (BCS). Parte del proceso de la aplicación consiste en obtener verificación sobre el diagnóstico, pronóstico y el plan de tratamiento del solicitante. Se adjunta una autorización firmada por el cliente para dar a conocer la información solicitada.

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

**Teléfono: 866.960.9222**  
**Fax: 866.781.6068**

| SECCION I – PARA QUE LO RELLENE EL/LA SOLICITANTE  |        |  |                                   |
|--|--------|--|-----------------------------------|
| Nombre del/la Paciente:  |        |  |                                   |
| Fecha de Nacimiento del/la Paciente:   |        | Número de Identificación del/la Paciente (opcional): |                                   |
| Nombre del Médico:   |        | Teléfono del Médico:                                 |                                   |
| Dirección del Médico:  |        | Fax del Médico:                                      |                                   |
| SECCION II – PARA QUE LO RELLENE EL MEDICO – POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA CLARA   |        |  |                                   |
| Diagnóstico:   |        |  |                                   |
| Estadio:   | Grado: | H2N Positivo: Si / No                                | Triple Negativo: Si / No          |
| Fecha del Diagnóstico  |        | Fecha de la última cita:                             |                                   |
| <b>Tratamientos Planificados</b>   |        |  |                                   |
| Cirugía (especifique el tipo)  |        | Fecha del procedimiento                              | Tiempo de recuperación anticipado |
| Quimioterapia (especifique la medicina)  |        | Fecha de comienzo                                    | Fecha de termino anticipada       |
| Herceptin  |        | Fecha de comienzo                                    | Fecha de termino anticipada       |
| Radiación  |        | Fecha de comienzo                                    | Fecha de termino anticipada       |
| ¿Qué seguro medico tiene el/la paciente? (Por favor circule) Medicare MediCal BCCTP Medi-Medi Ninguno<br>Affordable Care Act/Covered California Privado (especifique): _____ HMO/PPO (circule uno) |        |  |                                   |
| 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 a la semana <input type="checkbox"/> Completo                                   |        |  |                                   |
| Fecha prevista para que el/la paciente regrese al trabajo:   |        |  |                                   |
| Otras medicinas recetadas:   |        |  |                                   |
| Comentarios:   |        |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Una copia del reporte patológico del paciente se adjunta a este reporte   |        |  |                                   |
| Firma del Medico:  |        | Fecha:   |                                   |

## PHYSICIAN'S REPORT

The individual listed below has requested assistance from Breast Cancer Solutions (BCS). As a part of BCS's application process, we collect verification of diagnosis, prognosis and treatment plan for each applicant. A signed release for the requested information is attached.

**Attn: 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      |  |
| What medical insurance does the patient have (circle)? Medicare MediCal BCCTP Medi-Medi None<br>Affordable Care Act/Covered California Private (specify): HMO/PPO (circle) |        |                               |                                  |                        |  |
| 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:                            |                        |  |