

## ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

<b><u>Điều kiện nhận hỗ trợ tài chính:</u></b>	<b><u>BCS sẽ không hỗ trợ tài chính nếu quý vị:</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cư dân của quận Orange, San Bernardino, hoặc Riverside (California).</b></li> <li>• Đang được điều trị (phẫu thuật, hóa trị, hoặc xạ trị cho <u>ung thư vú</u>) với một đội ngũ chuyên về ung thư được chứng nhận bởi hội đồng chuyên môn.</li> <li>• Đang gặp khó khăn về tài chính do <u>quá trình điều trị ung thư vú</u>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Được xem là không có dấu hiệu của bệnh.</li> <li>• Chỉ đang sử dụng kích thích tố trị liệu/chất ức chế dài hạn (ví dụ, Tamoxifen) cho ung thư giai đoạn I, II, III.</li> <li>• Chỉ đang tiếp nhận sự chăm sóc cuối đời.</li> <li>• Đang trong quá trình tái tạo vú nhưng không tiếp nhận các loại trị liệu khác.</li> <li>• Ngưng điều trị không theo lời khuyên của bác sĩ.</li> <li>• Sở hữu hơn \$6,000 tiền tiết kiệm/tài sản lưu động.</li> </ul>

**Hướng dẫn:** Hoàn tất trang 1 và 2, ký tên trang 3, và điền phần trên của trang 4. Xem trang 4 về những hướng dẫn xác minh y tế. Đơn sẽ được xem xét khi tất cả các trang được nhận bởi Breast Cancer Solutions (BCS).

### PHẦN 1: THÔNG TIN NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Apt/Unit # \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Ngôn ngữ thường dùng: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Dân tộc: \_\_\_\_\_

Tình trạng hôn nhân: \_\_\_\_\_ Số trẻ em tuổi 0-17 / 18+: / \_\_\_\_\_

Tên nhân viên xã hội (nếu có): \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Quý vị có bảo hiểm y tế nào?

- Medicare   
  Medi-Cal   
  BCCTP   
  Affordable Care Act/Covered California  
 HMO tư nhân (nêu rõ): \_\_\_\_\_
  PPO tư nhân (nêu rõ): \_\_\_\_\_
  Không có

### PHẦN 2: CÂU HỎI GHI NHẬN

1. Quý vị nghe về BCS bằng cách nào? \_\_\_\_\_

2. Sự giúp đỡ nào quý vị cần nhất ở thời điểm hiện tại? \_\_\_\_\_

3. Quý vị đã từng trì hoãn hay bỏ qua bất cứ cuộc hẹn điều trị nào chưa?  CÓ     KHÔNG  
 Nếu CÓ, xin vui lòng giải thích tại sao: \_\_\_\_\_

4. Xin vui lòng đánh giá trải nghiệm với BCS bằng thang điểm sau đây:

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

a. Tôi đã tìm ra và tải mẫu đơn trên trang mạng của BCS một cách dễ dàng: \_\_\_\_\_

b. Nhân viên của BCS trả lời những câu hỏi của tôi tường tận: \_\_\_\_\_

c. Nhân viên của BCS rất chuyên nghiệp và lịch sự: \_\_\_\_\_

d. Những giấy giới thiệu tôi nhận được đã rất hữu ích cho tôi: \_\_\_\_\_

### PHẦN 3: THÔNG TIN TÀI CHÍNH

#### TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM HIỆN TẠI CỦA QUÝ VỊ

Toàn thời gian  Bán thời gian  Thất nghiệp  Đã về hưu  Không làm việc  Không làm việc do điều trị

#### THU NHẬP HÀNG THÁNG CỦA HỘ GIA ĐÌNH HIỆN TẠI

Xin vui lòng liệt kê tất cả các nguồn thu nhập, bao gồm tiền công/lương của quý vị, tiền công/lương của người phối ngẫu/bạn đời, tiền hưu, trợ cấp an sinh xã hội, thu nhập từ việc cho thuê nhà, trợ cấp hôn nhân, tiền cấp dưỡng nuôi con, trợ cấp khuyết tật, tiền thất nghiệp, SNAP/EBT, lợi tức cựu chiến binh, v...v...

Nguồn Thu Nhập	Số tiền
1.	\$
2.	\$
3.	\$
4.	\$
5.	\$
<b>TỔNG CỘNG</b>	<b>\$</b>

Thu nhập của quý vị có gì thay đổi kể từ khi bắt đầu điều trị ung thư vú? \_\_\_\_\_

Nếu có, quý vị có bao nhiêu tiền tiết kiệm? \_\_\_\_\_

#### CHI PHÍ HÀNG THÁNG của GIA ĐÌNH HIỆN TẠI

Chi phí Hàng tháng	Số tiền
1. Tiền thuê/trả góp nhà	\$
2. Điện thoại	\$
3. Điện/Gas/Truyền hình cáp	\$
4. Nước/Rác	\$
5. Thực phẩm/Gia dụng	\$
6. Tiền nợ xe	\$
7. Bảo hiểm xe	\$
8. Xăng	\$
9. Thuốc men (chỉ liên quan đến điều trị ung thư vú)	\$
10. Phần phụ trả y tế (co-pay) và/hoặc phần chi phí đóng thêm cho điều trị ung thư vú	\$
11. Phí bảo hiểm y tế định kỳ	\$
12. Chi tiêu khác:	\$
<b>TỔNG CỘNG</b>	<b>\$</b>

Chi phí nào đã thay đổi kể từ khi bắt đầu điều trị ung thư vú? \_\_\_\_\_

## PHẦN 4: QUY ĐỊNH VÀ THỦ TỤC

- Hỗ trợ tài chính không phải lúc nào cũng có sẵn. Xin vui lòng xem trang mạng của chúng tôi để biết các cập nhật mới nhất.
- BCS không chịu trách nhiệm về bất kỳ khoản phí phát sinh nào do việc thanh toán chậm trễ hoặc chấm dứt dịch vụ. Chúng tôi không hoàn lại tiền cho các hóa đơn đã được thanh toán. BCS cần phải có giấy tờ mới nhất trước khi chi trả cho bất kỳ hóa đơn tiện ích nào; số tiền cần đóng sẽ được xác minh.
- BCS có quyền từ chối cung cấp dịch vụ cho bất kỳ ai. Hỗ trợ tài chính không được đảm bảo. Nếu bất cứ thông tin nào trong mẫu đơn hoặc phỏng vấn của quý vị là sai sự thật, yêu cầu hỗ trợ tài chính của quý vị sẽ bị từ chối và/hoặc bất cứ hỗ trợ đã được chấp thuận sẽ bị cắt ngay lập tức. Là một tổ chức phi lợi nhuận đã được chứng nhận, chúng tôi phải tuân thủ nghiêm ngặt các hướng dẫn từ Hội Đồng Quản Trị của chúng tôi.
- BCS không cho phép việc sử dụng tên hoặc nhãn hiệu của tổ chức nếu không có sự đồng ý của chúng tôi.

**Bằng cách ký tên bên dưới, hoặc chèn tên đánh máy hoặc chữ ký điện tử, tôi đồng ý rằng những thông tin tôi cung cấp trên mẫu đơn này là đúng và chính xác, và tôi sẽ tuân theo các quy định và thủ tục nêu trên.**

Chữ ký

Ngày

Tên

- Đánh dấu vào ô này nếu quý vị muốn được giới thiệu đến những cơ quan dịch vụ khác (nếu đánh dấu, thông tin của quý vị có thể được chia sẻ)

### NỘP MẪU ĐƠN ĐÃ HOÀN TẤT CỦA QUÝ VỊ ĐẾN BREAST CANCER SOLUTIONS

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

Email: bcsfax@onebox.com (vui lòng không gửi tập tin hình ảnh; không gửi qua bất cứ địa chỉ email nào khác)

Fax: 866-781-6068

*Breast Cancer Solutions không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, sắc tộc, màu da, tôn giáo, khuynh hướng tình dục, giới, giới tính, nhận diện giới tính, nguồn gốc quốc gia, quốc tịch, tình trạng cựu chiến binh, tổ tiên, tuổi tác, khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, hoặc bất cứ tầng lớp hoặc nhóm được bảo vệ nào.*

**Ý kiến Khác:**

## PHẦN 5: XÁC MINH Y TẾ

### Phần cần hoàn tất bởi người nộp đơn

Tôi cho phép bác sĩ tiết lộ cho Breast Cancer Solutions (BCS) (phi lợi nhuận ID 33-0765783) những thông tin sau liên quan đến việc điều trị ung thư vú của tôi:

- Báo cáo bệnh lý gần đây nhất;
- Chẩn đoán ung thư vú, bao gồm ngày, giai đoạn, cấp độ, loại, tình trạng ER/PR, tình trạng her2;
- Kế hoạch điều trị: (Các) ngày dự kiến phẫu thuật, ngày bắt đầu/kết thúc hóa trị và tên thuốc, ngày bắt đầu/kết thúc xạ trị và/hoặc thuốc uống để điều trị.

Tên Bệnh nhân:	Chữ ký Bệnh nhân:
Địa chỉ Bệnh nhân:	Ngày sinh của Bệnh nhân:

**Thông tin này có thể được cung cấp qua hồ sơ y tế hoặc bằng cách điền vào đơn bên dưới để xác minh điều kiện nhận hỗ trợ từ BCS. Báo cáo bệnh lý bắt buộc phải kèm theo dù xác minh bằng cách nào. Tôi đã đọc đơn này và đồng ý với yêu cầu trên. BCS có quyền yêu cầu bổ sung thông tin xác minh nếu cần.**

### \*\*\*Phần cần hoàn tất bởi bác sĩ\*\*\*

Tên Bác sĩ:			Điện thoại Bác sĩ:		
Địa chỉ Bác sĩ:			Fax Bác sĩ:		
Chẩn đoán:					
Giai đoạn:	Cấp độ:	Triple negative: Y or N	Her2 Positive: Y or N	ER+ ? Y or N	PR+ ? Y or N
Ngày chẩn đoán:			Ngày khám cuối cùng gần đây nhất:		
Phẫu thuật (nêu rõ loại phẫu thuật)		Ngày phẫu thuật	Thời gian dự đoán hồi phục		
Hóa trị (nêu rõ tên thuốc)		Ngày bắt đầu	Ngày dự đoán kết thúc		
Herceptin		Ngày bắt đầu	Ngày dự đoán kết thúc		
Xạ trị		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:					
Mức độ lao động phù hợp cho bệnh nhân?			<input type="checkbox"/> Bán thời gian _____ tiếng mỗi tuần <input type="checkbox"/> Toàn thời gian		
Ngày dự đoán bệnh nhân có thể trở lại làm việc bình thường:					
Những thuốc được kê toa khác:					
Ý kiến:					

**\*\* Gửi báo cáo bệnh lý và đơn này hoặc hồ sơ về Breast Cancer Solutions \*\***

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

**Fax:** 866-781-6068 / **Email:** bcsfax@onebox.com (vui lòng không đính kèm hình ảnh)

## 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)