Solicitud Número _____

Fundación Oncológica
HIMA ▪ San Pablo

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

I. Identificación del Paciente

Nombre: _____ Seguro Social Núm.: _____-____-_____

Número de licencia de conducir u otra identificación:_____

Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año:_____ Edad: _____ años

Género: F / M Nombre de custodio del paciente (si aplica):_____

II. Información de contacto del Paciente o Custodio (si aplica)

Teléfono de la casa: _____-_____-_____ Celular: _____-_____-_____

Correo electrónico: _____@_____

Dirección: _____

_____

III. Plan de seguro de salud

¿Tiene plan de seguro de salud? [ ] Sí [ ] No

Si tiene, indique todos los tipos de planes que apliquen:

[ ] Mi Salud [ ] Seguro Privado (Identifique:_____) [ ] Medicaid [ ] Medicare

[ ] Medicare Plus [ ] Otro:_____

¿Posee cubierta de farmacia? [ ] Sí [ ] No

Si no tiene, explique detalladamente porqué y demuestre haber agotado las posibilidades de obtener cubierta de seguro de salud:

_____
_____
_____
_____

IV. Información financiera del Paciente o Custodio (si aplica)

Número de personas viviendo en el hogar: _____ Edades:_____

Ingreso anual familiar: _____

Haga una lista de las fuentes de ingreso de cada persona en el hogar y la relación al paciente, incluyendo todas las posibles fuentes de ingresos tales como empleo, seguro social, asistencia pública, pago por incapacidad (incluyendo *SSI, SSD*), pensión alimentaria, pensión o pago de retiro, desempleo y otros:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Junto con esta solicitud, debe someter evidencia reciente de estas fuentes de ingreso. Detalle los documentos complementarios que está sometiendo:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

V. Información médica y autorización para obtener información de salud

Recuerde que debe someter el formulario sobre Información Médica que se aneja, completado por un profesional de la salud o un representante del Programa de Ayuda Financiera, así como el formulario autorizando a la Fundación Oncológica HIMA•San Pablo a solicitar copia de sus expedientes médicos que contengan información necesaria para evaluar su solicitud.

Nombre de persona que someterá
su formulario sobre Información de Salud: _____

Teléfono: _____-_____-_____ Correo electrónico: _____@_____

VI. Ayuda solicitada

Total de ayuda solicitada: _____

Desglose de gastos propuestos: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Aviso: De aprobarse su solicitud, deberá someter documentación que evidencia los gastos propuestos que sean aprobados.

VII. Plan de Alianza

Entiendo que, a cambio de recibir ayuda económica de la Fundación Oncológica HIMA•San Pablo, ésta podría requerir que lleve a cabo trabajo caritativo a beneficio de personas con cáncer por el periodo de tiempo y en la manera en que se disponga en un Plan de Alianza. Entiendo que de no cumplir con mi Plan de Alianza, si aplica, no podré participar en este programa de ayuda económica nuevamente.

VIII. Certificación

Certifico que soy (el Paciente / el custodio del Paciente) que está solicitando ayuda económica a la Fundación Oncológica HIMA•San Pablo, que la información que he provisto en este formulario es cierta y correcta y que la proveo con el propósito de obtener ayuda económica. Certifico que he leído todos los requisitos de participación en este programa de ayuda económica y que cumplo con los mismos. Estoy de acuerdo con proveer información adicional para que mi solicitud sea evaluada, de ser necesario, y entiendo que la misma no será atendida de no ser completada. Entiendo que los fondos de la Fundación Oncológica HIMA•San Pablo son limitados y que ésta no tiene la obligación de ofrecerme ayuda económica aún si cumplo con todos los requisitos del programa y que, de obtener ayuda, la misma puede ser descontinuada en cualquier momento. La Fundación Oncológica HIMA•San Pablo no tiene la obligación de ofrecerme ayuda económica mientras dure mi condición. Entiendo que proveer información falsa con el propósito de participar en este programa de ayuda económica constituye un fraude y podría estar sujeto a consecuencias legales o a que se me descalifique para recibir ayuda.

Nombre: _____ Firma:_____

Fecha:_____