SOLICITUD DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Pueden someter esta solicitud a una auditoría al azar de ingresos o enfermedad.

Cómo presentar solicitudes completadas:

- **Correo electrónico: jknox@missioncancer.com & eellison@missioncancer**
- **Correo postal: Mission Cancer Foundation, 100 E Grand Ave, Ste 250, Des Moines, IA 50309**
- **Preguntas: Jenna Knox or Ellie Ellison | 515-235-8368 | jknox@missioncancer.com**

Asegúrese de incluir:

1. **solicitud completada;**
2. **verificación financiera (declaración de impuestos a la renta y talón de pago más reciente, o carta de adjudicación del Seguro Social si no se presentan impuestos. Si sus documentos actuales de impuestos no reflejan sus ingresos actuales, envíe un comprobante de ellos, declaración de impuestos a la renta y carta de explicación del cambio);**
3. **verificación de gastos (copias de las facturas que necesitan asistencia para el pago);**
4. **declaración de salud firmada por un integrante de su equipo de atención médica.**

Si cambia su condición de ingresos, debe notificar a Mission Cancer Foundation para determinar si continúa calificando o no para asistencia.

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

Mission Cancer Foundation lo asistirá con hasta $500 por año calendario.

¿El paciente está recibiendo tratamiento activo de oncología médica (quimioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida)? ☐ SÍ ☐ NO

Servicios para los que solicita: ☐ pago de vivienda ☐ pago de automóvil ☐ suministros médicos ☐ otros: _____

¿Quién completa esta solicitud? ☐ el paciente☐ el representante del paciente

Si es el representante, Nombre:_____**Vínculo con el paciente:**_____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:_____**Apellido:**_____

Calle:_____**Ciudad:**_____**Estado:**_____**Código postal:**_____ **País:** _____

Tel. celular: (_) _____**Correo electrónico:** _____

Tel. de contacto: (_____)_____ **Idioma preferido: ☐ inglés ☐ español ☐ otro** _____

Fecha de nacimiento:_____

Género: ☐ femenino☐ masculino ☐ no binario **Estado civil: ☐ soltero ☐ casado ☐ divorciado ☐ viudo**

Etnia (raza:) ☐ indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ asiático ☐ negro o afroamericano ☐ nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico ☐ blanco ☐ otro _____

MENCIONE MONTOS BRUTOS MENSUALES TOTALES DEL GRUPO FAMILIAR DE TODAS LAS FUENTES

Salario $_____**Discapacidad $** _____**Desempleo o indemnización laboral $**_____

Seguro Social $_____**Pensión o jubilación $**_____**Pensión alimentaria o manutención infantil $**_____**Otro $**_____

Ingresos mensuales brutos del grupo familiar total $_____ **Cantidad total de personas en el grupo familiar:**_____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del consultorio o establecimiento:_____**Nombre del médico:**_____

Calle:_____**Ciudad:**_____**Estado:**_____**Código postal:**_____**Condado:**_____

Teléfono: (_____) _____**Fax:** (_____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

☐ **privado** ☐ **Medicare** ☐ **militar** ☐ **Medicaid** ☐ **sin seguro**

¿LE INTERESARÍA CONTAR SU HISTORIA PARA INSPIRAR A OTRAS PERSONAS?

☐ **Sí, contáctenme.** ☐ **Puede ser; contáctenme.** ☐ **No, gracias.**

Firma del paciente_____**Fecha**_____

The Mission Cancer Foundation puede pedir en cualquier momento más documentación para respaldar la elegibilidad de un paciente, incluso después de ser extendido cualquier subsidio. Cualquier falsificación de una solicitud es fraudulenta y es objeto de sanciones delictivas y daños civiles potenciales.

DECLARACIÓN DE SALUD

Para que complete un integrante del miembro del equipo familiarizado con el tratamiento oncológico del cáncer del paciente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

¿El paciente está recibiendo tratamiento activo de oncología médica (quimioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida)? ☐ SÍ ☐ NO

Nombre:_____**Apellido:**_____

Fecha de nacimiento:_____

DECLARACIÓN DE SALUD

Tipo de cáncer: _____

Cantidad de consultas de cáncer por mes:_____**Duración prevista del tratamiento:** _____

Firma del representante del proveedor_____**Fecha**_____

Nombre en imprenta_____ **Título**_____

Entiendo que Mission Cancer Foundation requerirá solo la información necesaria para procesar y administrar esta solicitud. Nosotros no divulgaremos la información obtenida excepto según sea necesario para este propósito o según lo requiera la ley vigente. Por el presente documento declaro, me comprometo y certifico del modo siguiente que la información contenida en esta solicitud es completa y exacta, a mi leal saber y entender. Mission Cancer Foundation puede corregir, cambiar o terminar la subvención en cualquier momento.

RESTRICCIONES DE LA SUBVENCIÓN

1. El grupo familiar del paciente debe estar en hasta 300% del nivel de pobreza federal.
2. Mission Cancer Foundation no proporcionará a ninguna persona más de $500 de asistencia por año calendario.
3. Se otorga asistencia por orden de llegada, después de confirmar la elegibilidad y sujeto a la disponibilidad de fondos en el programa de asistencia financiera de la fundación.
4. Los pacientes no serán elegibles para recibir asistencia a menos que reúnan los criterios de elegibilidad de necesidad financiera de la entidad.
5. Se puede pedir al paciente en cualquier momento más documentación para respaldar su elegibilidad, incluso después de que se haya extendido cualquier subsidio. La falsificación de una solicitud es fraudulenta y será objeto de sanciones delictivas y daños civiles potenciales.
6. En todos los casos, el paciente ya estará al cuidado de un médico con un régimen de tratamiento oncológico establecido al momento de la solicitud.
7. Se otorgan subsidios a pacientes de más de 18 años.
8. La asistencia financiera se otorgará en forma directa para asistir con los gastos (no reembolsamos; les pagamos a los acreedores directamente). Los solicitantes deben proporcionar copias de la factura, aviso de pago atrasado, declaración de hipoteca o contrato de arrendamiento, además de una dirección de pago y teléfono.
9. Se descalificará a un solicitante de asistencia financiera en forma automática si es miembro del Consejo Directivo de la fundación, o familiar de tal funcionario. A tal efecto, "familiar" del director incluirá: su cónyuge, ancestros, hijos, nietos, bisnietos y los cónyuges de todos esos descendientes. También se incluirá un fideicomiso, una tutela, una cuenta de la Ley Uniforme de Transferencias a Menores (Uniform Transfers to Minors Act) u otro acuerdo en beneficio de un familiar del director.

HIPAA

Cuando un paciente completa una solicitud, presenta y divulga a la fundación información personal de salud y otros datos que lo identifican en forma individual. Si nos presenta o proporciona información en formato electrónico, lo hace a su propio riesgo. La fundación no puede garantizarle la privacidad de la información personal que transmita por internet que pueda ser recolectable al comunicarla a otras personas. Al completar y enviar una solicitud de asistencia financiera, acepta que la fundación puede usar y divulgar para sus propósitos legales la información que usted brinda, entre ellos: (a) determinar su elegibilidad; (b) proporcionar financiación de subvención; y (c) administración interna de la fundación. La fundación no es una "entidad cubierta" como se define en la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), y la información que usted presente en relación con la solicitud no está protegida ni se somete a dicha ley. Sin embargo, la fundación se esforzará por proteger la confidencialidad y seguridad de la información que presenta, y para ello implementará políticas comercialmente razonables para salvaguardar y proteger sus datos personales y cumplirá con las leyes federales y estatales de privacidad del consumidor en la medida que corresponda. A pesar del esfuerzo por proteger esa información, no podemos garantizar que no habrá un uso no autorizado o divulgación. Si se señala algún uso no autorizado o divulgación a la fundación, intentaremos contactar al paciente a la última dirección proporcionada en una solicitud.

REQUISITOS GEOGRÁFICOS

Para que se lo considere, debe estar recibiendo tratamiento oncológico activo en los siguientes condados de Iowa Central, o residir en ellos: Adams, Adair, Appanoose, Audubon, Boone, Carroll, Cass, Clarke, Dallas, Decatur, Greene, Guthrie, Hamilton, Jasper, Lucas, Madison, Mahaska, Marion, Marshall, Monroe, Polk, Poweshiek, Ringgold, Story, Taylor, Union, Warren, Wayne, Webster.

REQUISITOS DE INGRESOS

Cant. de integrantes del grupo familiar	300% del nivel de pobreza federal
1	$47,880
2	$64,920

3	$81,960
4	$99,000
5	$116,040
6	$133,080
7	$150,120
8	$167,160