



5835 W. Sunset Ave., Springdale, AR 72762
Phone 479.361.5847 Fax 479.361.9104
Toll Free 1.800.394.0249
www.hopecancerresources.org

Programa de asistencia financier

Criterio para estar elegible

Los solicitantes deben de:

- vivir o recibir tratamiento en nuestra área de servicio en los cuatro condados (Benton, Madison, Carroll y Washington)
- tener un diagnóstico de cáncer confirmado; Se requiere una prueba del diagnóstico.
- demostrar necesidad financiera relacionada con un diagnóstico de cáncer.

Se considerarán las siguientes solicitudes de asistencia:

Gastos de costo de vida, las necesidades de emergencia de corto plazo: Para ser elegible para la asistencia financiera para los gastos de costo de vida, los solicitantes deben estar en tratamiento **actualmente** o dentro de uno año de ver cumplido tratamiento. El tratamiento actualmente se define como la quimioterapia (IV u oral), la inmunoterapia, la radioterapia, la médula ósea o los trasplantes de células madre, y / o la cirugía. Ejemplos de gastos de costo de vida son: pago de renta, pago de casas, viles de la agua/luz/electricidad, seguridad de la casa, pago de automóviles o seguridad del automóvil.

Costos de viaje y alojamiento: Podemos ayudar con alojamiento de hotel o tarifa aérea, para consultas o tratamientos fuera de la ciudad.

Asistencia de combustible: Las tarjetas prepagas de gas se dan alas a los pacientes para sus citas relacionadas con su cáncer. Los costos de combustible se calculan dependiendo del tipo de vehículo y el kilometraje. El combustible es suplementario, lo que significa que normalmente no cubrí el costo total de un viaje.

Medicación: Las medicaciones deben estar directamente relacionada con el diagnóstico de cáncer. El pago se realiza directamente a la farmacia.

Asistencia dental: La necesidad de asistencia dental debe de estar directamente relacionada con el tratamiento del cáncer. Se requiere la confirmación de un proveedor de atención médica de oncología.

* Es nuestro objetivo es de dar una respuesta a las solicitudes de asistencia de manera apropiada. Por favor espere uno día para las solicitudes de medicamentos y hasta 7 días para otras solicitudes de asistencia financiera.

Proveemos apoyo y enseñanza de cáncer compasivo y profesional en la región del Noroeste del Arkansas hoy y mañana.

Nuestro Programa de Asistencia Financiera es apoyado en parte por asociaciones con Arkansas Cancer Coalition, Cancer Challenge, Delta Dental, Northwest Medical Auxiliary, Susan G. Komen Ozark Affiliate, Winthrop Rockefeller Cancer Institute Auxiliary, Walmart Foundation, Hope Cancer Resources Foundation, así como también donantes corporativos e individuales.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____
Calle Apartamento

Ciudad Estado Área Postal

Teléfono: () _____ Celular: () _____

Email: _____

Estado civil: _____ No. de Seguro: ____ - ____ - ____ Etnicidad: _____ Género: _____

Lugar de empleo (de paciente): _____ # de personas en el hogar: _____

Donde trabajan otros en el hogar: _____

Contacto adicional: Nom: _____ Relación: _____ Tel#: _____

Tipo de Cáncer: _____ Fecha de diagnóstico _____

Tipo de Tratamiento: Quimio: Fecha: _____ Radiación: Fecha: _____ Cirugía: Fecha: _____

Nombres de doctores: _____

Información Vehicular: Año: _____ Tipo: _____ Modelo: _____

¿Tiene seguro medico ? Si, cual: _____ No

¿Su seguro cubre sus medicamentos? Si No

Ingreso mensual para todos en el hogar \$ _____ Tipo de ingreso (Elija todas las que apliquen):
 (Favor de incluir todos que viven en el hogar) Salario Desempleo Debilidad Seguro Social otro _____

Por favor describa brevemente su solicitud de fondos:

*** Si no es un paciente en Highlands Oncology Group o en Landmark Cancer Center, se requiere prueba de diagnóstico.**

Atestiguo que he leído las políticas y directrices para el programa de asistencia paciente de Hope Cancer Resources. Por otra parte, certifico que mis respuestas sobre esta aplicación son verdaderas y completas a lo mejor de mi conocimiento.

Autorizo a Hope Cancer Resources para liberar o revelar mi información médica, demográfica, y información financiera solo como necesario para esas entidades en mi nombre (es decir, farmacéuticas o seguros empresas, hipoteca o prestamistas de auto, etc.)

Autorizo mis médicos mencionados anteriormente para liberar o revelar médicos, financieros y la información demográfica como sea necesario para Hope Cancer Resources a fin de proporcionar para mi continuo de la atención y el mejor acceso a los recursos.

Entiendo que la información falsa o engañosa en mi aplicación puede exigir la devolución de fondos de asistencia de pacientes.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona que completa la aplicación si otro paciente thab: _____

For Office Use Only

OSCAR ID# _____ Received Date: _____ Initials: _____ Entered Date: _____ Initials: _____