

SOLICITUD DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Esta solicitud podría estar sujeta a una auditoría aleatoria del ingreso y/o enfermedad.

Nebraska Cancer Specialists



Presente las solicitudes completadas a través de una de las siguientes opciones:

Correo electrónico: information@ncshopefoundation.org **Fax:** 402.691.1699

Por correo: NCS Hope Foundation, 17201 Wright Street, Suite 200, Omaha, NE 68130

Por favor, asegúrese de incluir:

1. Solicitud completada
2. Copia o copias de verificación financiera (declaración del impuesto a la renta, carta de otorgamiento del Seguro Social o talón del cheque de nómina más reciente)
3. Copia o copias de verificación de gastos (facturas que necesitan la asistencia con el pago)
4. Declaración médica firmada por un representante del proveedor

Si la situación de su ingreso cambia, debe notificarlo a la NCS Hope Foundation para determinar si continúa o no cumpliendo los requisitos para recibir la asistencia.

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

¿Nuevo solicitante? Sí No **Si es una renovación, ¿cuándo presentó la solicitud por última vez? Fecha:** _____

Servicios solicitados: Gasolina Pago de la vivienda Pago del automóvil Suministros médicos Otro: _____

¿Quién completa esta solicitud? Paciente Representante del paciente

Si es el representante, nombre: _____ **Relación con el paciente:** _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre: _____ **Apellido:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono particular: _____ **Celular:** _____ **Correo electrónico:** _____

¿Se puede contactar al paciente? Sí No **Mejor momento:** Mañana Temprano a la tarde A la tarde Temprano a la noche

Contacto alternativo: _____ **Relación con el paciente:** _____

Teléfono del contacto alternativo: _____ **Idioma preferido:** Inglés Español Vietnamés Otro: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Fecha de nacimiento: _____ **Estado civil:** Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Género: Masculino Femenino Transgénero masculino Transgénero femenino No-Binario Otro género Declinó responder

Raza: Indo americano o nativo de Alaska Asiático Negro o americano africano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Blanco Otro Dos o más razas Declinó responder

Grupo étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Declinó responder

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual o lesbiana Bisexual Otra cosa No sabe Declinó responder

Tipo de seguro: Medicaid Medicare Medicare y Medicaid Medicare y otro Medicare y privado

Programa militar Privado Sin seguro Desconocido Declinó responder

MONTOS TOTALES MENSUALES BRUTOS DE LA FAMILIA DE TODAS LAS FUENTES

Salario \$ _____ **Discapacidad \$** _____ **Desempleo/Compensación del trabajador \$** _____ **Seguro Social \$** _____

Pensión/jubilación \$ _____ **Sustento infantil/pensión alimenticia \$** _____ **Otro \$** _____

Ingreso total mensual bruto de la familia \$ _____ **Número de personas que viven en la familia:** _____

Si no tiene documentación del ingreso, puede completar y adjuntar un Formulario de Asistencia/Declaración de Apoyo o el Formulario de Declaración que No Tiene Ingreso. Por favor, visite la página web de la NCS Hope Foundation para obtener copias de estos documentos.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre de la práctica/institución: _____ **Nombre del médico:** _____

Nombre del navegador del paciente, trabajadora social u otro gerente de caso (si corresponde): _____

Calle: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____

Número de millas que viaja de ida y vuelta por cada visita: _____

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

¿Cómo se enteró de la NCS Hope Foundation? _____

Por favor, explique brevemente sobre su necesidad o situación individual. _____

¿Estaría dispuesto a que su historia aparezca en nuestro sitio web y canales de medios sociales, con su fotografía y/o video con el propósito

de ayudar a otros a enterarse sobre nuestra Fundación? Sí No

Firma del paciente _____ **Fecha** _____

Una vez que se ha tomado una determinación, recibirá una notificación por correo. La NCS Hope Foundation podrá pedirle en cualquier momento documentación adicional para apoyar la elegibilidad de un paciente, incluyendo cualquier subsidio que haya sido extendido. Cualquier falsificación de una solicitud es fraudulenta y sujeta a potenciales daños civiles y sanciones penales.

DECLARACIÓN MÉDICA

A ser completada por un miembro del equipo médico familiarizado con el tratamiento del cáncer del paciente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

DECLARACIÓN MÉDICA

A ser completada por un miembro del equipo médico familiarizado con el tratamiento del cáncer del paciente, certificando que el paciente recibe actualmente tratamiento del cáncer.

Servicios solicitados: Gasolina Pago de la vivienda Pago del automóvil Suministros médicos Otro: _____

Tipo de cáncer: _____

Número de visitas del cáncer por mes: _____ **Longitud anticipada del tratamiento:** _____

Firma del representante del proveedor: _____ **Fecha:** _____

Nombre con letra de imprenta: _____ **Título:** _____

Entiendo que la NCS Hope Foundation solamente solicitará la información que sea necesaria para procesar y administrar esta solicitud. No divulgaremos la información obtenida excepto cuando sea necesario para este propósito o lo requiera la ley correspondiente. Por la presente, represento, declaro y certifico que la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa según mis conocimientos. La NCS Hope Foundation podrá modificar, cambiar o terminar el subsidio en cualquier momento.

Envíe este formulario a través de uno de los siguientes:
Correo electrónico: information@ncshopefoundation.org
Fax: 402.691.1699

Por correo: NCS Hope Foundation, 17201 Wright Street, Suite 200, Omaha NE 68130

SOLICITUD APROBADA POR

Nombre con letra de imprenta: _____ **Título:** _____

Nombre con letra de imprenta: _____ **Título:** _____



ELEGIBILIDAD Y RESTRICCIONES



RESTRICCIONES DEL SUBSIDIO

1. La fundación asistirá a todos los pacientes elegibles con necesidad financiera en el orden que se reciban las solicitudes, en la medida que los fondos estén disponibles.
2. Los pacientes no serán elegibles para recibir asistencia a menos que cumplan el criterio de elegibilidad de necesidad financiera de la Fundación.
3. La fundación podrá pedirle en cualquier momento documentación adicional para apoyar la elegibilidad de un paciente, incluyendo después de que cualquier subsidio haya sido extendido. Cualquier falsificación de una solicitud es fraudulenta y sujeta a potenciales daños civiles y sanciones penales.
4. En todos los casos, el paciente ya estará bajo el cuidado de un médico con un régimen de tratamiento decidido en el momento de presentar la solicitud.
5. La fundación no hará derivaciones o recomendaciones sobre proveedores específicos, practicantes, proveedores, productos o planes.
6. Los pacientes no serán informados sobre la identidad de donantes específicos.
7. La determinación de la calificación financiera de un paciente para recibir asistencia solamente se basará en su necesidad financiera, sin considerar la identidad de ninguno de sus proveedores de atención médica, practicantes, proveedores, productos o plan de seguro; la identidad de cualquier entidad que lo deriva; o la identidad de cualquier donante que pudiera haber contribuido para apoyar la condición del paciente.
8. La asistencia se basará en una medición razonable, verificable y uniforme de necesidad financiera que se aplicará de manera consistente.
9. Los pacientes tienen la libertad de cambiar proveedores, practicantes, proveedores o productos en cualquier momento sin que afecte la continuidad de su elegibilidad para recibir asistencia financiera.
10. Los beneficiarios de Medicare tienen la libertad de cambiar de planes de seguro cuando lo permita el programa de Medicare, sin afectar la elegibilidad para recibir la asistencia.

HIPAA

Cuando un paciente completa una solicitud, el paciente presenta información médica personal que podría ser considerada como "información personalmente identificable" o "PHI" (por sus siglas en inglés) según la ley federal usualmente conocida como HIPAA. La Fundación no es una "entidad cubierta" según lo define la HIPAA. Sin embargo, la Fundación trata de cumplir la "Norma de Seguridad" de la HIPAA para los propósitos de obtener la transferencia y almacenamiento electrónico de la información médica personal del paciente que se incluye en la solicitud. A pesar del intento de proteger dicha información, la Fundación no puede garantizar que no ocurrirá una divulgación o uso sin autorización. Si cualquier uso sin autorización es puesto en conocimiento de la Fundación, la Fundación intentará contactar al paciente a la última dirección provista en una solicitud.

REQUERIMIENTOS GEOGRÁFICOS

Usted debe estar recibiendo atención de oncología o hematología en el estado de Nebraska para ser considerado elegible.

CRITERIO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

PERSONAS EN LA FAMILIA/ VIVIENDA*	LÍMITE DEL INGRESO ANUAL
1	\$58,320
2	\$78,880
3	\$99,440
4	\$120,000
5	\$140,560
6	\$161,120
7	\$181,680
8	\$202,240

*Para familias con más de 8 personas, agregar \$5,149 por cada persona adicional x 400%.