



Fondo de Asistencia para el Cuidado del Seno de la Coalición de Cáncer de Seno de Delaware
Solicitud de Asistencia Financiera de DBCC

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Número de teléfono:

Numero de celular:

Correo Electrónico:

Pronombres preferidos:

Raza:

Afroamericano/Negro

Asiático

Indio estadounidense o nativo de Alaska

Blanco

Otro:

Etnicidad:

Hispano

No-Hispano

Haitiano

Referido por:

Hospital/Centro Oncológico donde está recibiendo tratamiento:

Nombre y número de teléfono del médico de tratamiento:

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador del paciente:

Delaware Breast Cancer Coalition Attn: Meridith Rothstein
18977 Munchy Branch Road, Rehoboth Beach, DE 19971
302-212-2947 Ext 1032 | mrothstein@debreastcancer.org
FAX: (302) 672-7834

INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha en que fue diagnosticado/a:

Diagnóstico de cáncer de seno:

¿Es este un diagnóstico inicial?

Tipo:

Etapa:

Cirugía:

Tratamiento:

¿Está usted en tratamiento activo?

En caso afirmativo, especifique qué tratamientos ha recibido en los últimos seis meses y qué tratamientos futuros espera:

¿Tipo de seguro médico?

Fecha de Renovación:

Deducible (si corresponde):

Copagos (si corresponde):

Declaración Personal:

Por favor describa su situación financiera, cómo la han afectado su diagnóstico y tratamiento, y cómo el diagnóstico de cáncer de seno le ha causado dificultades económicas.



INFORMACIÓN FINANCIERA

Número total de adultos que trabajan en el hogar:

Número total de adultos en el hogar:

Número de niños menores de 18 años en el hogar:

Ingreso total del hogar	Antes del diagnóstico	Despues del diagnóstico
Salario		
Discapacidad		
Seguro Social		
SSD		
Otro		
Otro		
Otro		

INFORMACIÓN DE GASTOS: PONGA SUS FACTURAS MÁS RECIENTES QUE CORRESPONDAN

TIPO	COMPAÑÍA	CANTIDAD DEBIDA	FECHA DE VENCIMIENTO	CALIFICAR POR PRIORIDAD	FACTURA PROPORCIONADO (S/N)
Celular					
Luz					
Gas/Petróleo					
Agua					
Alquilar/ hipoteca					
Teléfono /Internet/ Cable					
Otros gastos (Indique)					

Por Favor Lea Atentamente lo Siguiente Antes de Firmar:

El Fondo de Asistencia para el Cáncer de Seno de DBCC es un fondo de emergencia establecido con el único propósito de proporcionar asistencia inmediata a los residentes de Delaware que se someten a tratamiento para el cáncer de seno. Los residentes de Delaware con una necesidad financiera demostrada que están recibiendo tratamiento para el cáncer de seno en cualquier Centro Oncológico de Delaware o un Centro Oncológico ubicado fuera del estado pueden ser elegibles para recibir fondos. Este fondo proporcionará asistencia financiera de emergencia para gastos básicos de vida en nombre de pacientes con cáncer de seno que han perdido la totalidad o parte de sus ingresos durante su tratamiento activo. Los gastos básicos de vida incluyen, pero no se limitan a las facturas del hogar como alquiler, hipoteca, servicios públicos, teléfono, transporte, despensa, cuidado de niños, cuidado personal o necesidades, prótesis para cuidados de relevo, pelucas, mangas de linfedema, pruebas genéticas, y gastos médicos no cubiertos por fondos del Centro Oncológico y/o otras agencias comunitarias.

Reglas Generales:

1. Los solicitantes deben ser residentes del estado de Delaware, independientemente de dónde estén recibiendo su tratamiento.
2. Los solicitantes deben tener un diagnóstico de cáncer de seno y deben estar en tratamiento activo cuando se soliciten fondos de asistencia financiera. El tratamiento activo se define como el período después de un diagnóstico positivo de cáncer de seno y durante el cual se administran terapias, incluyendo cirugías, quimioterapia y radiación. El tratamiento activo no incluye terapias hormonales de larga duración. Los pacientes con cáncer de seno metastásico pueden ser incluidos a lo largo de su diagnóstico si los gastos son elegibles.
3. O el solicitante debe ser un sobreviviente de cáncer de seno que pueda demostrar necesidad financiera de asistencia para pagar las mamografías posteriores o las prendas para el linfedema, prótesis y brasieres.
4. Un miembro del equipo médico del solicitante debe proporcionar una confirmación del diagnóstico y tratamiento.
5. Las pacientes deben ser capaces de demostrar una reducción o pérdida de ingresos como resultado del diagnóstico de cáncer de mama.
6. Los pacientes deben demostrar dificultades financieras claras e incapacidad para cubrir los gastos mensuales.
7. No se entregarán fondos directamente al paciente o a la familia del paciente. El pago se realizará directamente al proveedor de servicios o a los acreedores.

En consecuencia, yo certifico bajo pena de perjurio que la información financiera establecida en esta solicitud con respecto a mis ingresos personales anuales, activos, pasivos y proveedor de seguros es verdadera y precisa, que los gastos para los que he solicitado asistencia financiera en mi nombre me imponen dificultades financieras; que he sido diagnosticada con cáncer de seno y actualmente estoy en tratamiento para el cáncer de seno y que no tengo un seguro adecuado o ingresos para pagar los gastos. Entiendo que, si alguna de la información expuesta anteriormente es falsa, mi solicitud será nula y sin efecto.



Firma: _____ Fecha: _____

Al firmar lo anterior, le doy permiso a los representantes de Delaware Breast Cancer Coalition, Inc., para que se comuniquen con mi(s) médico(s) según sea necesario.

Programa de Asistencia Financiera de DBCC: 1 de 3) Formulario de autorización de HIPPA – Doctor de Cabecera/Médico/Centro

Yo, _____, (*Nombre del Paciente Nominado*) autorizo que _____ (*Nombre de su doctor de cabecera/médico/centro clínico*) puede divulgar y proporcionar a la Coalición contra el Cáncer de Seno de Delaware copias de la información médica protegida completa, incluyendo lo siguiente:

Para usar en la Programa de Asistencia Financiera de la Coalición de Cáncer de Seno de Delaware (El “Programa de Subvenciones de DBCC”). A mi doctor de cabecera: Esta autorización le permite divulgar copias de los registros que usted hizo en relación con los exámenes, el diagnóstico y el tratamiento mío; no le permite, ni le autoriza, a hablar con nadie sobre su cuidado y tratamiento de mí. No le permite ser entrevistado, dar ninguna declaración, o proporcionar ningún informe narrativo sobre el cuidado y tratamiento mío.

Todos los registros de medicamentos, incluyendo los tratamientos para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de urgencias, todas las historias clínicas, informes, formularios de pedidos, notas de progreso, notas de enfermería, registros clínicos, planes de tratamiento, registros de admisión, resúmenes de alta, solicitudes e informes de consultas, documentos, correspondencia, resultados de pruebas, declaraciones, cuestionarios/historias, notas escritas a mano del médico, y registros recibidos por otros médicos.

Toda la autopsia, laboratorio, histología, citología, patología, radiología, tomografía computarizada, resonancia magnética, ecocardiograma e informes de cateterismo cardíaco. Todas las películas de radiología, mamografías, mielogramas, tomografías computarizadas, fotografías, tomografía de huesos, patología, citología, histología, autopsia, muestras de inmunohistoquímica, videos de cateterismo cardíaco/CDs/películas/carretes, y videos de ecocardiograma. Todos los registros de farmacias/recetas, incluidos los números de NDC y folletos/monografías de información sobre medicamentos.

Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi anulación por escrito a

_____ (*Nombre de su doctor de*



cabecera/médico/centro clínico). Entiendo que la anulación no se aplicará a la información que ya ha sido publicada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la anulación no se aplicará a mi seguro médico cuando la ley otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará según lo dispuesto en 45 CFR 164.524.

Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.

Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al liberador indicado anteriormente. Esta autorización no se aplica a notas de psicoterapia, registros psiquiátricos o psicológicos. **No se requiere una firma notariada.** 45 CFR 164.508. Un fax o copia de esta autorización tendrá el mismo significado que un original.

A menos que se haya anulado anteriormente, esta autorización expirará en su totalidad cuando la Coalición de Cáncer de Seno de Delaware determine que no soy elegible para el Programa de Subvención, o, si no se hace tal determinación de inelegibilidad, cuando la Coalición de Cáncer de Seno de Delaware decida darme o negarme un premio bajo el Programa de Subvención.

Firma del paciente nominado o representante personal

Fecha

Nombre del paciente nominado o representante personal

Fecha

Descripción del representante personal de autoridad para firmar en nombre del paciente (*adjunte documentos que demuestren la autoridad*):

Esta autorización solo es válida para registros de:

Nombre de su doctor de cabecera/médico/centro clínico



Programa de Asistencia Financiera de DBCC 2 de 3) Formulario de autorización de HIPPA–Nominador

Yo, _____, (*Nombre del Paciente Nominado*) por el presente autorizo (el “Nominador”) para (i) revisar mi expediente médico y (ii) proporcionar a la Coalición de Cáncer de Seno de Delaware cierta información médica protegida, incluyendo información sobre mi diagnóstico y tratamiento, solo con el propósito de completar los formularios de nominación para el Programa de Asistencia Financiera de la Coalición de Cáncer de Seno de Delaware (el “Programa de Subvenciones de DBCC”). Entiendo que los formularios de nominación del Programa de Subvenciones de DBCC requieren la divulgación de cierta información médica, y por el presente autorizo y consiento la inclusión de dicha información en los formularios de nominación.

Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a _____ (nombre del nominador). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido publicada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la compañía de mi seguro médico cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará según lo dispuesto en 45 CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo el potencial para una divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al liberador indicado anteriormente. Esta autorización no se aplica a notas de psicoterapia, registros psiquiátricos o psicológicos. **No se requiere una firma notariada.** 45 CFR 164.508. Un fax o copia de esta autorización tendrá la misma fuerza que un original. A menos que se revoque anteriormente, esta autorización expirará en su totalidad cuando la Coalición de Cáncer de Seno de Delaware determine que no soy elegible para el Programa de Subvención, o, si no se hace tal determinación de inelegibilidad, cuando la Coalición de Cáncer de Seno de Delaware decida darme o negarme un premio bajo el Programa de Subvención.

Firma del paciente nominado o representante personal

Fecha

Nombre del paciente o representante personal

Fecha



Descripción de la autoridad del representante personal para firmar por el paciente (*adjunte documentos que demuestren autoridad*): _____

Esta autorización solo es válida para la información proporcionada por: _____
Nombre de Nominador

[Fin del formulario de autorización de HIPAA]

Programa de Asistencia Financiera DBCC: 3 de 3) Formulario de autorización de HIPPA – Historia Personal

Yo, _____ (Nombre del Nominado), entiendo que:

(i) Cierta información sobre mí, incluyendo, pero no limitado a mi edad, diagnóstico y una descripción de como mi diagnóstico ha tenido efecto en mi vida y la de mi familia (mi “Historia Personal”), será compartida con la Coalición de Cáncer de Seno de Delaware (DBCC) en relación con la solicitud de Asistencia Financiera de DBCC.

(ii) Si se me dan una subvención bajo el Programa de Asistencia Financiera de DBCC (the “Grant Program”), DBCC puede desear compartir mi historia personal o cualquier parte con:

(a) el donante/organización que apoyó la subvención que se me hizo, y/o

(b) en la página web de DBCC y en los redes sociales y aplicaciones (referidos como “partido tercero”).

(iii) Mi historia personal **no** se compartirá con ningún tercero partido **a menos que** seleccione una de las opciones que se enumeran a continuación.

(iv) Mi elegibilidad para fondos bajo el Programa de Subvenciones no se verá afectada por mi decisión de seleccionar o **no** seleccionar cualquiera de las opciones que se enumeran a continuación.

Por el presente, autorizo a la Coalición de Cáncer de Seno de Delaware (DBCC) a compartir mi historia personal de la siguiente manera (por favor marque uno):

_____ La Coalición de Cáncer de Seno de Delaware (DBCC, por sus siglas en inglés) puede compartir mi nombre solo con mi historia personal con partidos terceros.

_____ La Coalición de Cáncer de Seno de Delaware (DBCC, por sus siglas en inglés) puede compartir mi historia personal, pero no mi nombre, con partidos terceros.

_____ La Coalición de Cáncer de Seno de Delaware (DBCC, por sus siglas en inglés) no puede compartir mi historia personal ni mi nombre con partidos terceros.



Firma del nominado

Fecha

Nombre Imprimido del Nominado

Fecha