



5835 W. Sunset Ave.
Springdale, AR 72762
Teléfono: 479.361.5847
Fax 479.361.9104
Peaje Gratis 1.800.394.0249

Programa de Asistencia para Pacientes

A través de los fondos de la Coalición Arkansas Cáncer, Cáncer de Desafío, Delta Dental, el Ozark afiliados de Susan G. Komen for the Cure, el Instituto del Cáncer auxiliar Winthrop Rockefeller, la Fundación Walmart, Fundación Esperanza del cáncer de Recursos, otras fundaciones privadas y de recaudación de fondos de la agencia, Esperanza Recursos cáncer es capaz de proporcionar asistencia a los pacientes que viven en o están siendo tratados en nuestra área de servicio de cuatro condados (Benton, Madison, Carroll y Washington). La asistencia puede ser proporcionada a las necesidades de emergencia, incluyendo recetas. Todas las solicitudes deben llegar a Esperanza Recursos del Cáncer a través de nuestra aplicación; peticiones orales no pueden ser aceptadas.

Nuestro objetivo es dar una respuesta a las solicitudes de asistencia en el momento oportuno. Por favor, espere un día hábil para las solicitudes de medicamentos y hasta 7 días hábiles para otros tipos de asistencia.

Se consideraran las siguientes solicitudes de asistencia:

- Medicación (Máximo \$500)
 - Deben ser directamente relacionados con el tratamiento del cáncer
- Consuelo
- Necesidades dentales
 - Deben ser directamente relacionados con el tratamiento del cáncer
- Otras necesidades de emergencia (Máximo de \$800*)
 - Necesidades de vivienda como
 - Alquiler/Hipoteca
 - Seguro de propietarios
 - Necesidades de transporte tales como
 - Pagos de coche
 - Gasolina (tarjetas de gas proporcionadas)
 - Necesidades de viajes fuera de la ciudad de tratamiento (hotel, boletos aéreos)

* En este momento la esperanza del cáncer Recursos no puede ayudar con la comida, los gastos de ropa y facturas médicas. Haremos todo lo posible para hacer referencias a otras agencias que podrían ser capaces de ayudar con esas necesidades.

* Si bien nuestra importe máximo de la ayuda es de \$ 800, no podemos garantizar esta cantidad para cada paciente. En general, los promedios de asistencia de emergencia de entre \$ 300 a \$ 500. Las solicitudes de asistencia se consideran sobre una base de caso por caso. Se dará prioridad a los pacientes cuyo tratamiento prolongado les ha impedido de trabajo, los pacientes sin seguro médico y aquellos con medios financieros muy limitados.

La misión de la esperanza del cáncer de Recursos es proporcionar compasivo, ayuda del cáncer profesional y la educación en la región noroeste de Arkansas hoy y mañana.



Solicitud de Asistencia

Updated 12.27.16

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):
[F] 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.

Atestigo 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: _____