



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 financiera

Criterio para ser 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 un año de haber 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, cobros de la agua/luz/electricidad, seguro de la casa, pago de automóviles o seguro 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 las dan 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 cubre el costo total de un viaje.

Medicación: Los medicamentos 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.

Transporte: Transporte a citas y tratamientos relacionados con el cáncer. Debe vivir en nuestra área de servicio de cuatro condados o no más allá de 60 millas desde el lugar de la cita.

Apoyo emocional: Individual, parejas, cuidadores y/o miembros de la familia pueden acceder a servicios de consejería de salud mental para abordar preocupaciones relacionadas con el cáncer.

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

*Hope Cancer Resources brinda servicios a cualquier persona en nuestra área de servicio con un diagnóstico de cáncer calificado. Los servicios disponibles para los pacientes se aprueban o rechazan caso por caso. Hope Cancer Resources se reserva el derecho de rechazar servicios a nuestra discreción basándose en factores que incluyen, entre otros, la disponibilidad de recursos, la conducta del paciente y la contratación responsable de los servicios.

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, Northwest Medical Auxiliary, Hope Cancer Resources Foundation, así como también donantes corporativos e individuales.

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

Dirección: _____
Calle Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: () _____ Celular: () _____

Correo Electronico: _____

Estado civil: _____ No. de Seguro Social: - - Género: _____

Etnicidad: Afro Americano Asiático Caucásico/Blanco Hispano/Latino Medio Oriental
 Nativo Americano Isleño del Pacífico Otro

Lugar de empleo del paciente: _____ # de personas en el hogar: ____

Contacto adicional: Nombre: _____ Parentesco: _____ Tel#: _____

Tipo de Cáncer: _____ Fecha del diagnóstico: _____

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

Nombres de sus doctores: _____

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

Ingresos anual del hogar: \$0-\$10,000 \$10,001-\$15,000 \$15,001-\$20,000 \$20,001-\$25,000
 \$25,001-\$30,000 \$30,001-\$35,000 \$35,001-\$40,000 Más de \$40,000

Seguro Médico: Cuidado de los senos (Breast Care) Medicare Medicaid VA Privado Sin seguro

Tipo de asistencia que solicita: (Elija todas las que apliquen) Gastos de costo de vida Costos de viaje y alojamiento
 Combustible Medicación Asistencia dental Transporte Apoyo emocional El centro de bienestar El programa para dejar de fumar

Describa brevemente cómo cáncer le ha impactado su vida financieramente:

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

Atestigo que he leído las políticas y directrices para el programa de asistencia para pacientes 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, e información financiera solo necesaria 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 información médica, financiera y la información demográfica como sea necesario para Hope Cancer Resources a fin de proporcionar para mi continua 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: _____

For Office Use Only

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