

La solicitud de ayuda es en base a las consecuencias presentes o continuas del tratamiento de cáncer mamario. La solicitud de ayuda será evaluada individualmente por nuestra organización después de que la persona interesada complete este formulario y se verifique su condición de cáncer mamario con su proveedor de atención médica.

Nombre:		de nacimiento:		
Dirección:	C	iudad:	Código postal:	
Teléfono:	E-	-mail:	Condado:	
Cónyuge:		ijos en el hogar y edad:	Otros dependientes:	
Diagnóstico médi				
Médico:				
Tenga el favor de	indicar el uso que dará	i a los fondos que solicita:		
Otras agencias de	ayuda con las que está	trabajando en este mome	nto:	
Cobertura de salu	d: No S	í • Si la respuesta es SÍ, er	ncierre en un círculo el tipo de o	cobertura: póliza personal, a través de
su empleador, Me	edicare, Medicaid		and the same of th	700 210101 polizia personal, a ciaves de
_	ВС	CFCF paga sólo facturas,	, no provee dinero en efectivo.	
Cantidad solicita	ıda:	{BCFCF 1	no paga cuentas médicas ni de	· farmacia}
Cumulatu sonem			ON FINANCIERA	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		INFORMACIO	IN FINANCIERA	
		Entrada mensual	Gastos mensua	ales
Empleo:	Paciente:	\$	Alquiler:	\$
1	Cónyuge:	\$	Hipoteca:	\$
	Otro:	\$	Utilidades:	\$
Jubilación:	Seguro Social:	\$	Pago de vehículo:	\$
	Pensión militar (solo EUA): \$		Seguro de vivienda:	\$
	Pensión de empleado: \$			\$
Otras entradas:	Pensión conyugal:	\$	Seguro de salud:	\$
	Pensión de paternidad: \$			\$
	Inversiones: \$			\$
	Ayuda pública: \$			\$
	Compensación laboral: \$			-
	Desempleo:	\$		
	Invalidez:	\$		
	Seguro:	\$		
	Ahorros:	\$		
Bienes: (Si necesi	ta más espacio, escriba	ı en una página aparte, poi	r favor.) Valor	
`	•		,	
				<u> </u>
Adjunto encontrar que verifique su d	rá un formulario para s liagnóstico de cáncer m	olicitar informes médicos namario. Mediante la prese		BCFCF pueda recibir información osticada con cáncer mamario y erdadera y correcta. Toda la
		y se usará solo para deter		•
Fecha:	Pa	ciente/Familiar/Otro:		
FAVOR DE ENV	VIAR A· 620 W Repuil	olic Rd. Ste 107 Springfie	eld MO 65807 O LLAME • 41'	7-862-3838 și necesita avuda para

FAVOR DE ENVIAR A: 620 W Republic Rd, Ste 107, Springfield, MO 65807 **O LLAME:** 417-862-3838 si necesita ayuda para responder las preguntas

HIPAA AUTORIZACIÓN DÓCIL PARA LA CESIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

A:	Nombre de Proveedor del Atención Sanitaria/Do	octor/Facilidad/Contratista de Medio	care
	Dirección		
	Ciudad, Estado, Código Postal		
RE:	Nombre de Paciente		
	Dirección		
	Ciudad, Estado, Código Postal		
	Número de Teléfono		
	Fecha de Nacimiento:Número de Se	guro Social: _XXX-XX	_
atención		nado de documentos de todas entida	valuación en conexión con la documentación de mi des abajo de HIPAA identificado en la parte arriba guiente:
	locumentación pertinente y documentación médic ción, notas del progreso, reportajes patologías, y c		despido inmediato, reportajes operativos, reportajes de lente.
syndrom		odeficiencia humano (VIH), alcoho	ón a enfermedades transmitidas sexualmente, asquirido l y el abuso de drogas, la atención siquiátrica o otra
	egida información de salud está revelado para el p ancer Foundation of the Ozarks y se debe enviar a		in y consultación de la elegibilidad del programa con
	Breast Cancer Foundation of the Ozarks 620 W. Republic Rd Springfield, Missouri 65807	Número de Teléfono: 417-862-3 Número de Facsímile: 417-862-3	
a. Tengo ha estado b. La info c. Compo	o cedida en confianza en esta autorización. Ormación cedida en respuesta a esta autorización p	ouede ser recedida a otros participa tén está a condición de la elegibilida	ad para el programa del Breast Cancer Foundation of
	r facsímile, copia o fotocopia de la autorización d ntrar en vigor hasta un año de la fecha de ejecució		e están pedidos aquí. Esta autorización debe estar en zación se expira.
Firma de	Paciente	Fecha	
Nombre	Imprimido del Paciente		