



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.

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



Solicitud de Asistencia

Updated 1.2021

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: ____

Donde trabajan otros en el hogar: _____

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

Describa brevemente cómo cáncer le ha impactado su vida financieramente:

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

Atestiguo 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: _____

* Si firma electrónicamente, acepta que su firma en este documento es tan válida como si lo hubiera firmado por escrito.

For Office Use Only

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