

BREAST CANCER FOUNDATION OF CENTRAL FLORIDA (BCFCF)
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

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: _____ F. de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____ E-mail: _____ Condado: _____
 Cónyuge: _____ Hijos en el hogar y edad: _____ Otros dependientes: _____

 Diagnóstico médico: _____

 Médico: _____

Tenga el favor de indicar el uso que dará a los fondos que solicita:

Otras agencias de ayuda con las que está trabajando en este momento: _____

Empleador (si se aplica): _____

Cobertura de salud: _____ No _____ Sí • Si la respuesta es SÍ, encierre en un círculo el tipo de cobertura: póliza personal, a través de su empleador, Medicare, Medicaid

BCFCF paga sólo facturas, no provee dinero en efectivo.

Cantidad solicitada: _____ **{BCFCF no paga cuentas médicas ni de farmacia}**

INFORMACIÓN FINANCIERA

	Entrada mensual		Gastos mensuales
Empleo:	Paciente: \$ _____	Alquiler:	\$ _____
	Cónyuge: \$ _____	Hipoteca:	\$ _____
	Otro: \$ _____	Utilidades:	\$ _____
Jubilación:	Seguro Social: \$ _____	Pago de vehículo:	\$ _____
	Pensión militar (solo EUA): \$ _____	Seguro de vivienda:	\$ _____
	Pensión de empleado: \$ _____	Seguro de vehículo:	\$ _____
Otras entradas:	Pensión conyugal: \$ _____	Seguro de salud:	\$ _____
	Pensión de paternidad: \$ _____	Gastos médicos:	\$ _____
	Inversiones: \$ _____	Alimentos:	\$ _____
	Ayuda pública: \$ _____	Deuda tarjeta de crédito:	\$ _____
	Compensación laboral: \$ _____	Otros gastos:	_____
	Desempleo: \$ _____	_____	_____
	Invalidez: \$ _____	_____	_____
	Seguro: \$ _____	_____	_____
	Ahorros: \$ _____	_____	_____

Bienes: (Si necesita más espacio, escriba en una página aparte, por favor.)	Valor
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Adjunto encontrará un formulario para solicitar informes médicos que usted debe llenar para que BCFCF pueda recibir información que verifique su diagnóstico de cáncer mamario. Mediante la presente certifico que he sido diagnosticada con cáncer mamario y necesito ayuda financiera. Además certifico que la información que he registrado más arriba es verdadera y correcta. Toda la información se considerará confidencial y se usará solo para determinar mi elegibilidad.

Fecha: _____ Paciente/Familiar/Otro: _____

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

