

# Harrington Cancer and Health Foundation

(806)331-2400 [www.hchfAmarillo.org](http://www.hchfAmarillo.org)

## Solicitud de subvención para pacientes con cáncer que necesitan apoyo

**Objetivo:** Ayudar económicamente a los pacientes con cáncer que están económicamente estresados y se están sometiendo a tratamientos oncológicos.

**Elegibilidad:** Para ser elegible para recibir asistencia financiera debe tener un diagnóstico de cáncer confirmado por un proveedor de atención médica oncológica y recibir tratamiento en el Área de Servicio Amarillo. Si su diagnóstico de cáncer no es tratable en Amarillo, se puede proporcionar asistencia. Una nota de su oncólogo en AIdentifique brevemente las necesidades (Incluya copias de las facturas que desea considerar):marillo o médico primario debe acompañar su aplicación.

### Los pacientes con cáncer pueden solicitar asistencia en las siguientes áreas:

- servicios públicos (gas, electricidad, agua)
- Hipoteca/ Renta
- Primas de seguro COBRA
- Asistencia de gas (si viaja)
- Asistencia de alojamiento (si viaja)
- Co-país de prescripciones

### NECESARIO para el procesamiento de solicitudes

- Incluya documentación de apoyo con la solicitud: copias de las facturas/cartas originales del arrendador y documentos de verificación de ingresos (3 paystubs)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Número de tel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Oncólogo local: \_\_\_\_\_

Diagnóstico primario: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Firma de oficina oncológica (REQUERIDA): \_\_\_\_\_

**Formulario completado por: (Rellene si no es solicitante)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**# Tel:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante/miembro de la familia**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**1. Identifique brevemente las necesidades (Incluya copias de las facturas que desea considerar):**

**2. ¿Se han explorado otros recursos para satisfacer las necesidades identificadas? \_\_\_\_\_ Si  
\_\_\_\_\_ No . En caso afirmativo, identifique los recursos explorados y, si no, ¿por qué?**

**3. ¿Cómo se paga la atención médica del solicitante? (es decir, Medicare, Medicaid, Clínica de Distrito, VA, Seguros, CIDC, Pago Privado). Si esto es con respecto a la atención dental, ¿el paciente tiene seguro dental?**

**4. Describe brevemente la situación del solicitante-**

**Nombre y edades de las personas que viven en casa:**

**Información de empleo.:**

**Estado civil:**

**Estado del tratamiento: (fecha de inicio, tipo, fecha estimada de finalización):**

**Ingresos mensuales**

<b>Fuentes de ingresos de 18 años o más en el hogar</b>	<b>Paciente</b>	<b>Esposo(a)/ Otro</b>
Salario	\$	\$
Pension	\$	\$
Seguridad Social	\$	\$
Ingresos suplementarios de seguridad (SSI)	\$	\$
Compensación por desempleo	\$	\$
Beneficios para veteranos	\$	\$
Estampillas	\$	\$
TANF	\$	\$
Manutención de niños	\$	\$
Ahorros, Acciones, Bonos, Cd's, etc.	\$	\$
HUD		
Otro:		

<b>Total de ambos ingresos</b>	<b>\$</b>
--------------------------------	-----------

## Gastos mensuales

(Comproba uno) _ Hipoteca _ Alquiler _ Casa propia	\$
Comida	\$
Utilidades: Calefacción \$ _____ Eléctrico \$ _____ Agua \$ _____ Teléfono \$ _____ Cable \$ _____ Cell \$ _____	\$
Primas de seguro: Vida \$ _____ Propiedad \$ _____ Médico \$ _____ Auto \$ _____	\$
Deuda a plazos	\$
Gastos médicos no cubiertos por terceros o seguros: Medicamento \$ _____ Médico u hospital \$ _____	\$
Transporte: Pago del coche \$ _____ Gastos de gas \$ _____	\$
Cuidado de niños	\$
Otros (especificar)	\$

<b>Gastos totales</b>	<b>\$</b>
-----------------------	-----------

**Envíe la solicitud COMPLETA con la documentación requerida de una de las siguientes maneras:**

- Email [Maribelrivera@hchfamarillo.org](mailto:Maribelrivera@hchfamarillo.org)
- Fax a 806-331-2401
- **Envíe por correo su solicitud a:**  
**Harrington Cancer and Health**  
**Foundation 6600 Killgore Dr., #100**  
**Amarillo, TX 79106**
- Preguntas: 806-331-2400

**\*Todos los pagos se realizan directamente a empresas y no a particulares. La asistencia para el gas se da en forma de tarjetas de gas.**

**Otros recursos proporcionados por The Harrington Cancer and Health Foundation:**

**24 Hours in the Canyon Cancer Survivorship Center**  
**6600 Killgore Drive, #100**  
**Amarillo, TX 79106**  
**(806)331-2400**  
**[www.24survivorship.org](http://www.24survivorship.org)**

**Recursos GRATUITOS para pacientes con cáncer desde el momento del diagnóstico.**