

De acuerdo con Kern County Cancer Foundation la misión de asistir a los residentes elegibles del condado de Kern con sus costos de tratamiento del cáncer, la Junta Directiva da la bienvenida a su solicitud de asistencia financiera.

**DEBE VIVIR EN EL CONDADO DE KERN PARA SOLICITAR ESTE PROGRAMA**

Para ser considerado para asistencia, debe completar la solicitud completamente y enviar todos los documentos adicionales. Asegúrese de responder a todas las preguntas: **DEBE VIVIR EN EL CONDADO DE KERN PARA SOLICITAR ESTE PROGRAMA. NO DEJE NI UNA PREGUNTA SIN CONTESTAR,** y proporcione todos los elementos mencionados en la lista de requisitos.

Si usted es aprobado para recibir asistencia financiera, la fecha en que recibamos su solicitud COMPLETA será su fecha de elegibilidad. Los pagos totales por Kern County Cancer Foundation para el tratamiento del cáncer tienen un límite de por vida.

**Uselo para ayudar a preparar su solicitud y mantégalo en sus registros.**

## **Lista de Requisitos**

**Su solicitud esta completa cuando se reciban TODOS los requisitos requeridos en la lista**

- \_\_\_\_\_ 1. Una Solicitud de Asistencia Financiera completada y firmada.**
  
- \_\_\_\_\_ 2. Copias de la declaraciones de impuestos sobre el ingreso del solicitante de los ultimos dos anos, copias de Todos los estados de cuenta bancarios de los ultimos tres meses y copias de los tres estados de cuenta mas Recientes para todas las demas cuentas, como cuentas de retiro, y cuentas de inversion, anualidades, etc. Si la declaracion de impuestos no se ha presentado en los ultimos dos anos, proporcione copias de todos Los estados de cuenta bancarios los ultimos seis meses y una explicacion por escrito por que los impuestos No fueron declarados.**
  
- \_\_\_\_\_ 3. Verificacion de ingresos: Por ejemplo: copias de cheques de pago o talones de cheques de incapacidad de los ultimos dos meses, o copias de los estados de beneficios del Seguro Social, etc.**
  
- \_\_\_\_\_ 4. Copia del Seguro Detallado/ Cobra Premium Bill (con informacion sobre el costo de la prima medica Individual).**
  
- \_\_\_\_\_ 5. Copias de la (s) solicitud (es) y/o la carta (s) de respuesta de todos los programas a los que se hayan Solicitado, tales como Medi-Cal, Programa de Tratamiento del Cancer De Mama y Cervical, etc.**
  
- \_\_\_\_\_ 6. Un comunicado firmado que permite que Kern County Cancer Foundation discuta la informacion medica del Solicitante con los proveedores medicos. Lanzamiento #1**
  
- \_\_\_\_\_ 7. Un comunicado firmado que permite que Kern County Cancer Foundation discuta la informacion medica con La familia y/o amigos. Publicacion #2**
  
- \_\_\_\_\_ 8. Para los solicitantes asegurados (incluidos Medicare y Medi-Cal), una copia de la (s) del seguro, al frente y al reverso.**

Kern County  
**Cancer F****undation**  
 Local support for local needs

**6401 Truxtun Ave. Suite 280 Bakersfield, CA 93309**

**Telefono: 661.862.7136 Fax: 661.616.1691**

**Solicitud de Asistencia Financiera**

**1. Nombre del solicitante**

---

**2. Direccion**

---

**3. Direccion postal**

---

**4. Ciudad**

**5. Estado**

**6. Codigo Postal**

---

**7. No. De Casa**

**8. No.**

**Trabajo/cellular**

---

**9. Correo Electronico.**

**10.**

**Diagnostico/Fecha  
de diagnostico**

---

**11. Fecha de Nacimiento**

**12. Numero de Seguro Social**

---

**13. Esta actualmente en tratamiento activo (quimioterapia o radiacion)? Si No**

**14. Cual fue la fecha de su ultimo tratamiento? \_\_\_\_\_**

**15. Con que frecuencia tienes visitas? Diario/Semanal/ Mensual/Otro ? \_\_\_\_\_**

**16. Si hay otras personas que viven en su hogar, complete la seccion siguiente**

	<b>Conyuge, pareja u otra persona significativa del solicitante</b>	<b>Miembro del hogar</b>	<b>Miembro del hogar</b>	<b>Miembro del hogar</b>
<b>Nombre</b>				
<b>Apellido</b>				
<b>Fecha de Nacimiento</b>				
<b>Relacion con el solicitante</b>				
<b>Genero</b>	<b>M/F</b>	<b>M/F</b>	<b>M/F</b>	<b>M/F</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>Soltero</b>	<b>Soltero</b>	<b>Soltero</b>	<b>Soltero</b>
	<b>Casado</b>	<b>Casado</b>	<b>Casado</b>	<b>Casado</b>
	<b>Divorciado</b>	<b>Divorciado</b>	<b>Divorciado</b>	<b>Divorciado</b>
	<b>Apartado</b>	<b>Apartado</b>	<b>Apartado</b>	<b>Apartado</b>
	<b>Viudo</b>	<b>Viudo</b>	<b>Viudo</b>	<b>Viudo</b>
<b>Empleado?</b>				
<b>Nombre del empleador</b>				
<b>Discapacitado</b>	<b>S/N</b>	<b>S/N</b>	<b>S/N</b>	<b>S/N</b>
<b>Si esta deshabilitado</b>	<b>Temporal</b>	<b>Temporal</b>	<b>Temporal</b>	<b>Temporal</b>
	<b>Permanente</b>	<b>Permanente</b>	<b>Permanente</b>	<b>Permanente</b>

**17. Proporcionar informacion sobre ingresos/ activos :**

*Ponga "n/a" o '0' si corresponde. Todos los espacios deben ser completados. No deje espacios en blanco.*

<b>Ingresos (Yo)</b>	<b>Cantidad total de \$ (Mensual)</b>	<b>Ingreso (Pareja)</b>	<b>Cantidad total de \$ (Mensual)</b>
Salario		Salario	
Pension		Pension	
Seguro Social		Seguro Social	
Discapacidad		Discapacidad	
Desempleo		Desempleo	
Comp. Del trabajador		Comp. Del trabajador	
Pension alimenticia		Pension alimenticia	
Otro (especifique la fuente)		Otro (especifique la fuente)	
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

<b>Activos (hogar)</b>	<b>Total \$ Valor</b>
Residencia	
Propiedad de Bienes Raices	
Certificados de Deposito	
Ahorros	
Chequera	
Cuenta de jubilacion (IRA, 401K, etc.)	
Ano, estilo, modelo y kilometraje del (de los) automovil (es)	1. 2.
Otra (specificar)	
<b>TOTAL</b>	

**18. Proporcionar informacion sobre los gastos mensuales del hogar:**

<b>Gastos de Vida</b>	<b>Total \$ Costo (Mensual)</b>	<b>Gastos Medicos</b>	<b>Total \$ Costo (Mensual)</b>
<b>Comida</b>		<b>Primas del Seguro Medico</b>	
<b>Hipoteca</b>		<b>Cobros del Doctor</b>	
<b>Impuestos de Propiedad</b>		<b>Pruebas de laboratorio</b>	
<b>Alquiler</b>		<b>Prescripciones</b>	
<b>Transporte (gas, seguro, pago de coche, etc.)</b>		<b>Otros gastos medicos (especifique)</b>	
<b>Utilidades</b>			
<b>Otro (especificar gasto)</b>		<b>Otro (especificar gasto)</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

19. Cual es/ fue su ocupacion? \_\_\_\_\_

20. Esta trabajando actualmente? Si No

21. En caso afirmativo nombre del empleado? \_\_\_\_\_

22. Si no, cual fue su ultima fecha de empleo? \_\_\_\_\_

23. Eres elegible para los beneficios de seguro medico de COBRA? Si No

24. Si actualmente tiene COBRA, cuando comenzo? \_\_\_\_\_ Cuando terminara? \_\_\_\_\_

25. Eres un veterano militar de los Estados Unidos? Si No

26. Si la respuesta es SI, es elegible para los beneficios medicos de VA? Si No

27. Has solicitado Medi-Cal? Si No

28. En caso afirmativo, fecha de solicitud \_\_\_\_\_ Estado de la solicitud \_\_\_\_\_

29. Ha solicitado al Programa de Tratamiento de Senos y Cervicales (si corresponde) Si No

30. En caso afirmativo, fecha de solicitud \_\_\_\_\_ Estado de la solicitud \_\_\_\_\_

31. Tiene seguro de vida? \_\_\_\_\_ Cantidad? \_\_\_\_\_ Hay un valor de retiro? \_\_\_\_\_

32. Tiene un plan contra el cancer (AFLAC, principal, etc)? \_\_\_\_\_ Cuanto Dinero ha recibido o planea recibir de El \_\_\_\_\_

33. Tiene una cuenta de GO FUND ME? \_\_\_\_\_ Cantidad recaudada? \_\_\_\_\_

34. Es elegible para Medicare? SI No

En caso afirmativo,

35. Nombre del plan de salud de Medicare (Senior Secure, SCAN, Secure Horizons, etc.), si corresponde

36. Prima medica mensual \_\_\_\_\_ (solo paciente)

37. Deducible anual \_\_\_\_\_

38. Annual de su bolsillo Maximo \$ \_\_\_\_\_

39. Tiene un plan de medicamentos recetados de Medicare? Si No

- 40. Si NO es elegible para Medicare, tiene seguro privado? SI No  
En caso afirmativo,
- 41. Nombre de la compania de seguro \_\_\_\_\_
- 42. Prima medica mensual \$ \_\_\_\_\_ (solo paciente)
- 43. Deducible anual \$ \_\_\_\_\_
- 44. Annual del bolsillo maximo \$ \_\_\_\_\_
- 45. Esta cubierto por Medi-Cal? Si No
- 46 Si la repuesta es Si, cual es su parte del costo mensual (SOC) \$ \_\_\_\_\_
- 47. Nombre del medico que administra su tratamiento de cancer. \_\_\_\_\_
- 48. Numero de telefono del doctor \_\_\_\_\_

49. Que tipo de asistencia esta solicitando para sus costos de tratamiento del cancer? **(Por favor, haga que el trabajador social o el asesor financiero lo ayude con esta seccion)**

- 1. Sin seguro. Solicitando asistencia con todos los costos relacionados con el cancer (Por favor indique los costos en una pagina separada).
- 2. Solicitud de asistencia de seguros con prima de seguros.
- 3. Solicitud de asistencia de seguros con copagos/ coseguros.
- 4. Seguros- solicitando asistencia con deducible.
- 5. Seguro – solicitando asistencia con desembolso maximo.
- 6. Medi-Cal- Solicitando asistencia con la parte del costo compartido, monto: \_\_\_\_\_
- 7. Otro- solicitando asistencia con : \_\_\_\_\_  
**(Debe estar directamente relacionado con el tratamiento del cancer)**

Si ha solictado algun otro programa de asistencia financiera, indiquelos aqui:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Los programas se enumeran en la seccion anterior, explique la ayuda recibida del programa mencionado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verifico que toda la informacion proporcionada en esta solicitud y en los documentos adjuntos es precisa y valida.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Leer, firmar y enviar.**

### CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Solicitante debe:

- Ser residente de Bakersfield o de las comunidades alrededor y recibir tratamiento para el cancer en el area de Bakersfield. (El tratamiento contra el cancer fuera del area se puede considerar cuando lo remite un oncologo local porque el tratamiento no esta disponible localmente.)
- Tener un numero de Seguro Social valido.
- Tiene un diagnostico de cancer confirmado por un medico con licencia.
- Proporcionar documentacion que demuestre la necesidad financiera.
- Solicitar asistencia limitada al tratamiento del cancer

### CONDICIONES DE PARTICIPACION

- La asistencia financier prestada se pagara directamente al proveedor de servicios.
- Los proveedores deben estar en la red participante de Kern County Cancer Foundation.
- El alcance de los beneficios se determinara de forma inividual en funcion de las necesidades del cliente.
- Se requiere una solicitud actualizada cada seis meses o previa solicitud para evaluar la elegibilidad.
- Las decisiones de elegibilidad estan sujetas a revision por parte del Consejo de Administracion

### CERTIFICACION, RENUNCIA Y LIBERACION

*Certifico que la informacion contenida en esta solicitud es verdadera y correcta y que soy un paciente que necesita asistencia financiera para atencion medica y tratamiento.*

Al firmar a continuacion, reconozco que Kern County Cancer Foundation, que incluye la Junta Directiva, los miembros honorarios de junta, los miembros, los oficiales, los voluntarios, los empleados y/ los agentes (colectivamente, "Fondo"), tiene la discrecion exclusiva de otorgar o negarse a otorgar fondos conforme a esta solicitud de asistencia financiera. Ademias, reconozco que el Fondo no esta obligado a realizar o continuar tales pagos de asistencia financiera discrecional para mi o en mi nombre. Entiendo y por la presente reconozco que el Fondo se reserva el derecho de rechazar o cancelar cualquiera y todos los pagos por cualquier motivo en cualquier momento y sin previo aviso. El Fondo no sera responsable por ninguna lesion, enfermedad, muerte u otro dano, que pueda resultar luego de la terminacion o negativa a proporcionar asistencia financiera. Tambien entiendo y acepto que cualquier asistencia financiera proporcionada por el Fondo para pagar el tratamiento medico, la atencion o las recetas no es asignable y que cualquier asignacion de los misos sera nula. Al firmar a continuacion, reconozco que el Fondo no es responsable de ningun diagnostico, seleccion o nombramiento del medico o tratamiento medico que requiera. Al revisar esta solicitud, se considera que el Fondo ho ha emitido un diagnostico de mi afeccion medica ni ha recibido un tratamiento recomendado. Cualquier evaluacion de registros medicos es con el unico proposito de evaluar esta solicitud de asistencia financiera.

Al firmar a continuacion, por la presente libero, renuncio y descargo al Fondo de toda responsabilidad, y ademias me comprometo a no demandarlo, como resultado de cualquier tratamiento medico o rechazo del tratamiento de cualquier forma asociada con esta solicitud de asistencia financiera. O que pueda recibir junto con cualquier fondo provisto por el Fondo. Por la presente reconozco que los pagos del Fondo por atencion medica y/o tratamiento, incluidos los pagos por recetas, no someteran al Fondo a ninguna responsabilidad por las lesiones que pueda recibir en relacion con dicho tratamiento, atencion o uso de recetas. Libero expresamente al Fondo de cualquier y toda responsabilidad bajo cualquier causa de accion relacionada con cualquier lesion, enfermedad o muerte que resulte de la atencion medica, el tratamiento y/o la recetas que pueda recibir. En el caso de una disputa, la parte ganadora tendra derecho a tener y recuperar todos los costos y gastos, incluidos los honorarios de todos los abogados. Acepto expresamente que esta Certificacion, Renuncia y Exoneracion tiene la intencion de ser tan amplia e inclusiva como lo permiten la leyes del Estado de California y que, si alguna parte de la misma se considera invalida, se acuerda que el saldo continuara, no obstante, en plena vigencia legal y afecto.

*Certifico que he leído y firmado voluntariamente esta Solicitud y Certificacion, Renuncia y Liberacion, y acepto que no se han realizado declaraciones orales, declaraciones o incentivos aparte de lo que se incluye en esta solicitud.*

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Llene, firme y envíe.  
Lanzamiento #1  
Esto nos permite comunicarnos  
Con sus proveedores médicos.**

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION.**

A Quien le Interese:

Con el fin de continuar con atención médica, autorizo por la presente al Kern County Cancer Foundation y sus representantes a discutir mi Solicitud de Asistencia Financiera (que incluye, entre otros, mi información financiera, diagnóstico y tratamiento) y la atención médica relacionada con médicos/proveedores médicos (y sus representantes) y trabajadores sociales/asesores financieros, según sea necesario.

También autorizo la divulgación, según sea necesario, de cualquier registro médico e información de mis proveedores de atención médica para **Kern County Cancer Foundation**.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente /      Fecha de nacimiento      Firma del testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso      Nombre impreso**

\_\_\_\_\_  
**Fecha      Fecha**



**Llene, firme y envíe.**

**Lanzamiento # 2**

**Esto nos permite comunicarnos con sus amigos y familiares.**

**Anote sus nombres abajo.**

**Autorizacion para la Divulgacion de Informacion de Salud Protegida**

**Por la presente autorizo** \_\_\_\_\_

**Enumere los nombres de la personal autorizadas para discutir/divulgar .**

Para obtener mi informacion y/o divulgar mi informacion a: **Kern County Cancer Foundation**

**Esta autorizacion es para la divulgacion complete de toda la informacion de atencion medica.**

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorizacion, debo hacerlo por escrito. Entiendo que esta revocacion no se aplicara a la informacion que ya se haya divulgado en base a esta autorizacion.

Si no especifico ninguna fecha de caducidad, evento o condicion, esta autorizacion expirara en un ano. Entiendo que autorizar la divulgacion de esta informacion de salud es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
**(IMPRESION)**

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Numero de seguro social del paciente:** \_\_\_\_\_

**Telefono residencial:** \_\_\_\_\_

**Celular/otro telefono:** \_\_\_\_\_

**Fecha efectiva:** \_\_\_\_\_

Leer y quedarse  
Para su archivo.

## **Kern County Cancer Foundation Política Adoptada Para Capitacion De Costos.**

1. Dependiendo de la disponibilidad de fondos, Kern County Cancer Foundation's La política de asistencia al paciente es la siguiente:
  - Limite de por vida de \$50,000 antes del paciente para el tratamiento del cancer para un tratamiento de plan aprobado. Servicios de emergencia y/u hospitalizacion no incluidos en el certificado. Plan de tratamiento no sera cubierto.
    - Un trabajador social/ asesor financiero en la instalacion donde se administra la atencion. Ayudara al paciente a solicitar programas (i.e., BCCTP, Medi-Cal, etc.) para los cuales puede ser elegible al principio y durante el curso de tratamiento. Los servicios y/o hospitalizaciones no forman parte del aprobado. Plan de tratamiento no sera cubierto.
    - El solicitante debera proporcionar a KCCF una carta de respuesta de todos los programas anteriores que el/ ella ha solicitado antes de la aprobacion inicial de KCCF para la asistencia y cualquier aprobacion posterior.
    - Se requerira un plan de tratamiento y un estimado del costo cercano del paciente. Se enviara una carta Al medico/proveedor indicando que el paciente ha aplicado a KCCF y estamos solicitando una estimacion de costos cercana antes de la aprobacion.
    - Cada solicitante firmara una autorizacion que le permita a KCCF hablar sobre su cuidado con el medico/proveedor y trabajador social/asesor financiero.
2. Todos los pacientes se inscribieran (si califican ) en Asistencia Farmaceutica para Pacientes. Programas en las instalaciones donde se administra la atencion.
3. Los pacientes deberan volver a solicitar asistencia financiera cada seis meses.