



CANCERCARE

Estimado Solicitante,

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia Financiera de East Texas Alliance of Hope (ETxAH). ETxAH es una organización sin fines de lucro diseñada para ayudar con la carga financiera que muchas personas se enfrentan al recibir un diagnóstico de cáncer.

Se adjunta la solicitud ETxAH para obtener asistencia y instrucciones sobre cómo completar esta solicitud. Todas las solicitudes serán presentadas ante un comité y consideradas sin importar el ingreso individual o familiar. ETxAH tiene el derecho de negar los servicios en base a la discreción del comité. ETxAH no discrimina por motivos de raza, etnia, religión, sexo, orientación sexual o edad. Tenga en cuenta que todas las solicitudes deben ser presentadas a ETxAH por un profesional de referencia (p.ej. su médico de cabecera, oncólogo, trabajador social y otros profesionales de la salud que estén involucrados en su atención). Por favor, lea las instrucciones

con

mucho cuidado y llene la solicitud por completo. ETxAH le pedirá que proporcione documentación financiera para verificar sus ingresos y gastos. ETxAH utilizará la información proporcionada para obtener una comprensión completa de su situación.

Tenga en cuenta que las solicitudes incompletas presentadas por los clientes no serán revisadas, lo que retrasará la liberación de fondos. Además, esta solicitud no es una garantía de asistencia financiera y usted sigue siendo responsable del saldo de su cuenta.

Se pide a los profesionales de referencia que impriman y envíen por correo esta solicitud a la siguiente dirección o visiten nuestra página web en www.etxcancerallianceofhope.org y envíen una solicitud.

Dirección postal

East Texas Alliance of Hope
P.O. Box 151114
Lufkin, TX 75915

Dirección física

East Texas Alliance of Hope
513 S. First St.
Lufkin, TX 75901

Gracias de nuevo por su interés en East Texas Alliance of Hope. Si tiene preguntas o inquietudes, llámenos al 936-899-7307 o envíe un correo electrónico a aberry@etxcancerallianceofhope.org

En esperanza,
Ashley Berry
Alianza de Esperanza del Este de Texas
Fundadora y CEO



Requisitos de Elegibilidad:

LOS SOLICITANTES DEBEN REUNIR LAS SIGUIENTES CALIFICACIONES PARA CONSIDERAR LA ASISTENCIA FINANCIERA.

- Para determinar si usted califica, requerimos la siguiente documentación de apoyo:
- Verificación de Residencia de Texas en Angelina o condado de Nacogdoches
- Verificación de ingresos y activos
- Certificado del diagnóstico de Cáncer por un proveedor de atención médica
- Qué esté en tratamiento activo o dentro de un período de tres meses de tratamiento contra el cáncer. Los tratamientos activos incluyen quimioterapia, radioterapia o cirugías relacionadas con el cáncer.
- El paciente declina el tratamiento activo y es admitido a un servicio de hospicio.

Instrucciones de aplicación:

1. Tener un profesional de salud de referencia llenar y firmar la recomendación profesional
2. Llene la solicitud de cliente completamente.
3. Proporcionar documentación de apoyo de la lista de documentos
4. Presentar solicitud y documentación de apoyo.

Por correo electrónico

info@etxcancerallianceofhope.org

Por correspondencia

East Texas Alliance of Hope
P.O. Box 151114
Lufkin, TX 75915

Presentar en persona

East Texas Alliance of Hope
513 S First St.
Lufkin, TX 75901

Es importante que complete esta solicitud y la devuelva con toda la documentación requerida en un plazo de 15 días. Si tiene dificultades para completar esta solicitud o si tiene preguntas adicionales, llame a ETxAH, de lunes a viernes, de 9am a 4pm en 936-899-7307.

APOYO LOCAL A LA POBLACIÓN LOCAL



IDENTIFICACIÓN: (SE REQUIERE)

1. ____ Licencia de conducir de Texas válida con foto
2. ____ Identificación válida de Texas con foto
3. ____ Pasaporte de EUA vigente o tarjeta de pasaporte con foto
4. ____ Tarjeta de residencia permanente (Green Card) con foto
5. ____ Otras identificaciones vigentes validas con foto

PRUEBA DE RESIDENCIA: (SE REQUIERE)

1. ____ Escritura o impuesto sobre la propiedad a nombre del solicitante
2. ____ Arrendamiento a nombre del solicitante
3. ____ Identificación militar con dirección en Texas
4. ____ Residente no permanente en la unidad de alquiler (carta notariada)
5. ____ Residente sin arrendamiento viviendo en casa (carta notariada)

INDICADOR DE RESIDENCIA: (SE REQUIEREN DOS)

1. ____ Licencia válida de Texas de conducir o tarjeta de identificación con foto
2. ____ Tarjeta de Registro para votar de Texas
3. ____ Extractos Bancarios con dirección en Texas - 6 meses más recientes (paciente/cónyuge)
4. ____ Compensación de desempleo, beneficios de comida, con dirección en TX (paciente/cónyuge)
5. ____ Facturas de servicios públicos a nombre del aplicante y con dirección en TX (Electricidad, Gas Natural, Agua)
6. ____ Carta/Tarjeta de beneficios de salud para un Indigente del condado de TX (reciente 6 meses con dirección en TX)
7. ____ Carta notariada del empleador de Texas (con membrete de la compañía) que muestra las fechas y la ubicación del empleo
8. ____ Prueba de la matrícula en escuelas o universidades públicas o privadas de Texas durante los últimos seis meses

ACTIVOS: (TODO LO QUE SE APLICA)

1. ____ Extractos bancarios; TODAS las cuentas (3 meses más recientes) (paciente/cónyuge)
2. ____ No tiene CUENTA BANCARIA (complete el formulario de verificación de no cuenta bancaria)
3. ____ Certificado de declaraciones de depósito (3 meses más recientes) (paciente/cónyuge)
4. ____ Tasación de impuestos del condado por la propiedad aparte de su residencia primaria
5. ____ Declaración de valores del último trimestre (401K, Mercado Monetario, Acciones, Bonos, Etc) (paciente/cónyuge)
6. ____ Declaración de hipoteca para bienes distintos de la residencia principal
7. ____ Declaración bancaria fiduciaria más reciente

INGRESOS: (TODO LO QUE SE APLICA)

1. ____ Seguro social (SSI o SSDI) Declaración de Ganancia o Carta de Premio del Seguro Social (más reciente) (paciente/cónyuge)
2. ____ Nómina completa talones de cheques (3 meses más recientes) (paciente/cónyuge)
3. ____ Compensación por desempleo (paciente/cónyuge)
4. ____ Texas Workforce reporte historial para (paciente/cónyuge)
5. ____ Carta de apoyo a la familia

OTROS: (TODO LO QUE ES APLICABLE)

1. ____ Prueba/Verificación del seguro corriente
2. ____ Tarjeta/Carta con la determinación de beneficios para un Indigente del condado de TX (más recientes)
3. ____ Programa de asistencia para la elegibilidad de MedData (llamada obligatoria 713-563-0280)
4. ____ Decreto de divorcio/Certificado de defunción
5. ____ Prueba de determinación de elegibilidad del seguros de salud Marketplace



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO _____ - _____ - _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO

¿Cuáles son las circunstancias que hacen que esta familia busque ayuda?

¿Puede darnos alguna información que nos ayude a ayudar a este cliente?

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta, a lo mejor de mi conocimiento y estoy de acuerdo con la necesidad de financiación.

NOMBRE DEL MEDICO PROFECIONAL REFERIENDO _____ FECHA ____/____/____

ORGANIZACIÓN _____ TELÉFONO _____ - _____ - _____

FIRMA _____

ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO ELECTRÓNICO A
INFO@ETXCANCERALLIANCEOFHOPE.ORG

O

ENVIAR POR P.O. Box 151114 LUFKIN, TX 75915

Cancer Care: Admisión del cliente

513 S. First St., Lufkin, TX 75901
Phone: 936-899-7307

Por favor de completar el formulario completo y **imprime claramente**. Su información personal se mantiene confidencial. Nuestros servicios son gratis para pacientes con Cáncer que califiquen y son hechos posible por la generosidad de donadores locales y financiación de fundaciones.

Perfil: Fecha: _____
Nombre: _____ Varón ___ Hembra ___ Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Condado: _____
Teléfono celular: (____) _____ Teléfono de casa: (____) _____ SS# _____
Correo electrónico: _____ Método de contacto preferido: ___ Casa ___ Celular ___ Correo electrónico
East Texas Alliance Of Hope de vez en cuando necesita llamar al paciente, y desea garantizar su privacidad con respecto a su tratamiento o servicios en nuestra organización. Si no podemos comunicarnos con usted por teléfono, por favor indique donde es apropiado dejar un mensaje de voz para usted (marque las que corresponda):
___ Correo de voz ___ Con un miembro de la familia ___ Trabajo ___ Nunca deje mensaje ___ Mensaje de texto

Información demográfica del paciente

Estado civil: Casado/a ___ Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___
Si esta casado/a, nombre de cónyuge: _____ Teléfono del cónyuge _____
____ (Iniciales) **Permiso para divulgar cualquier información médica a su cónyuge o persona revelada.**
Contacto de emergencia: _____ Relación al cliente _____
Número del contacto de emergencia: _____
____ (Iniciales) **Permiso otorgado para divulgar información.**

Nombre de contacto 1: _____ **Nombre de contacto 2:** _____
Teléfono: _____ **Teléfono:** _____
Relación: _____ **Relación:** _____
____ (Iniciales) **Permiso otorgado para divulgar información.** ____ (Iniciales) **Permiso otorgado para divulgar información.**
Idioma preferido del cliente: _____ Inglés ___ Español ___ Otro _____
___ Anglo ___ Negro/Afroamericano ___ Hispano ___ Asiático ___ Nativo de Alaska ___ Nativo Americano
___ Negarse a reportar/Sin reportar Otro: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

____ (Iniciales) Reconozco que he estado al tanto del "Aviso de prácticas de privacidad" publicado por East Texas Alliance of Hope. Este aviso describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información médica para sus servicios, pagos, operaciones de atención médica y otros usos descritos, permitidos y revelaciones. Entiendo que puedo solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Puedo comunicarme con East Texas Alliance of Hope al (936) 899-7307, si tengo alguna pregunta, comentario o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para usar y divulgar mi información para los fines descritos en el "Aviso de prácticas de privacidad".

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN CON EL CUIDADO DE LA SALUD

____ (Iniciales) Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de atención médica en los números de la lista anterior/dirección(es) de correo electrónico para información de contacto principal y alternativa con el fin de programar citas y recordatorios. Entiendo esto incluye mensajes de correo de voz.

Firma del cliente

Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

Date form received: _____

Services Approved: _____

Approved by: _____

Assistance or program requested: *Please check all that apply.*

This list will help you identify patient concerns at the initial visit and at each follow-up visit. It will help us develop a plan of action, including referrals to appropriate organizations.

- ___ Nutritional Supplements (Boost, Ensure, Instant Breakfast, etc.)
- ___ Medical Equipment (Wheelchairs, walkers, bedside commodes, shower chairs, etc.)
- ___ Medical Supplies (dressing, tapes, incontinent supplies, etc.)
- ___ Wigs and/or Mastectomy Items (wigs, hats, turbans, breast prostheses, bras)
- ___ Support Services: Journals, support groups, community resources,
- ___ Other

Barriers to care

- ___ Inadequate or lack of insurance coverage
- ___ Difficulty paying bills
- ___ Confusing financial paperwork
- ___ Citizenship problems/ undocumented status.
- ___ Pre Certification problems
- ___ Need financial assistance from
- ___ Need for prescription assistance
- ___ Loss of Transportation

Transportation to and from treatment

- ___ Public transportation needed
- ___ Other _____
- ___ Private transportation needed
- ___ Transportation loss

Physical needs

- ___ Child/ Elderly care (CCS/ Salvation Army Adult Daycare)
- ___ Housing/ housing problems (Deep East Texas Council of Government/ Section 8)
- ___ Food, Clothing, other physical needs (SNAP(Supplemental Nutrients Assistance Program/ Food Bank
- ___ Prothesis, wigs, ect.
- ___ Vocational Support (jobs skills, employment skills) Texas Workforce Commission/ Job corps
- ___ Extended care needs: home care, hospice, long-term care
- ___ Other: _____

Communication/Culture Needs

- ___ Primary language other than English
- ___ Inability to read/write
- ___ Poor health literacy
- ___ Cultural barriers (i.e., effect on lifestyle choices)
- ___ Other: _____

Treatment Compliance Issues (Missed Appointments, etc.)

- ___ Needs help with obtaining a second opinion (if desired)
- ___ Mental health services needed
- ___ Does not understand treatment plan and/or procedures
- ___ Needs to talk to provider (physicians, nurse, therapist, etc.,
- ___ Wants more information about: _____
- ___ Other _____

Supportive Services for Needed

- ___ Social Worker
- ___ Nutritionists
- ___ Clergy
- ___ Support Partner
- ___ Look Good Feel Better
- ___ Support Group
- ___ Second Opinion Services
- ___ Financial counselors

Plan of Care and Follow up:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

PATIENT NAVIGATION INTAKE FORM (CONTINUED)

COMMENTS:

TRACKING TOOL

Refer to POTENTIAL PROBLEMS/ BARRIERS TO CARE to explore patient concerns. Record the results of each intervention or visit with the patient.

FOR OFFICE USE ONLY:

Date form received: _____
Services Approved: _____
Approved by: _____



Ingresos/Gastos Mensuales

Nombre: _____

Fecha: _____

(Incluya los ingresos de todos los miembros del hogar mayores de 21 años)

Necesitará declaraciones de impuestos de años anteriores de cada miembro enumerado a continuación

<u>Ingresos</u>		<u>Gastos</u>	
Nombre:	Ingreso Mensual:	Aquiler/Hipoteca	
		Recibo de luz	
Nombre:	Ingreso Mensual:	Recibo de agua	
		Recibo de teléfono	
Nombre:	Ingreso Mensual:	Recibo de internet	
		Seguro de vida	
Nombre:	Ingreso Mensual:	Seguro de auto	
		Pago de auto	
		Seguro médico	
Otros recursos de ingresos:		Comida	
		Gasolina	
		Artículos de aseo	
		Prestamos	
		Tarjetas de crédito	
		Otras deudas	
		Otro:	

East Texas Alliance of Hope

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Aviso de Prácticas Privadas: Tiene derecho a leer nuestras Prácticas de Privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Una copia de nuestro Aviso y/o este consentimiento está disponible a pedido. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica de los usos y divulgaciones que hacemos de su información médica protegida.

Propósito del consentimiento: al firmar este formulario, usted dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Se me ha mostrado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina y he tenido la oportunidad de leer y considerar su contenido. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para que use y divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Si este consentimiento está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del cliente: _____

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el/la cliente: _____

Sólo para uso de oficina

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgment could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgment
- Other (please specify)

East Texas Alliance of Hope

Declaración de Confidencialidad

Lea atentamente la siguiente afirmación. Si puede cumplir, firme a continuación:

East Texas Alliance of Hope está comprometida con la seguridad y el bienestar de sus clients. La organización también está comprometida con la confidencialidad de toda la información relativa a sus clients como forma de garantizar su seguridad.

La confidencialidad se define como la seguridad de que el acceso a la información relativa a cualquier cliente estará estrictamente controlado y que cualquier violación de dicho control constituirá una falta de fe. La información confidencial incluirá, pero no se limitará a:

1. Comunicación, información, y observaciones hechas por y entre o sobre clientes adultos y niños, personal, voluntarios, estudiantes en prácticas y miembros de la junta.
2. Direcciones de empleo, residencia y domicilios familiares de clientes, voluntarios del personal, estudiantes en prácticas y miembros de la junta.
3. Nombres de los clientes, el personal, los estudiantes en prácticas y los voluntarios, a menos que la persona aprobada por el director ejecutivo proporcione un permiso por escrito.
4. Fotografías tomadas de clientes, personal o voluntaries.
5. Los miembros de la Junta no utilizarán su posición en la Junta Directiva para obtener o acceder a información confidencial del cliente.

Al firmar este acuerdo, acepta nunca divulgar información confidencial, ya sea por teléfono o en persona, sobre ETxAH y sus clients sin el permiso expreso del Director Ejecutivo o un miembro del personal designado.

He leído el Acuerdo de Confidencialidad y acepto cumplir con sus condiciones de confidencialidad. Entiendo que estas condiciones se aplican a mí y siguen siendo vinculantes para mí cuando deje o ya no esté asociado con la organización y que una violación puede ser motivo de responsabilidad civil y también puede ser motivo de terminación de la condición de voluntario, miembro de la junta, empleo o servicios.

Firma

Fecha

Firma de testigo

Fecha

East Texas Alliance of Hope
513 S. First St.
Lufkin, TX 75901

Autorización para la divulgación de información médica protegida a miembros de la familia y amigos especificado.

Nombre de cliente: _____ **Numero de teléfono:** _____

Autorizo a **East Texas Alliance of Hope** a divulgar mi información de salud protegida a los siguientes:

Nombre	Relación	Teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Esta autorización estará vigente y efectiva hasta mi muerte o revocación, momento en el cual vence esta autorización para divulgar esta información de salud protegida.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito al Oficial de Privacidad a 513 S. First St, Lufkin TX 75901. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que **East Texas Alliance of Hope** ya se haya basado en el consentimiento para la divulgación de la información de salud protegida.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Cliente

Fecha

Cuidador primario/Representante autorizado

Fecha

Representante de ETxAH

Fecha