



Avila's Cancer Fund

Fondo contra el Cáncer de Ávila

info@avilascancerfund.org
email Application

Aplicación

Información de Apicante

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido: Nombre

Dirección: _____
Calle Apartamento/Unidad #

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ Correo: _____

Ingresos anuales _____ Cantidad Solicitada: _____ Teléfono: _____

Uso previsto del subsidio: _____

¿Tiene seguro médico? SI NO ¿Viaja para recibir tratamiento? SI NO

¿Tiene un aviso de 48 horas? SI NO Si es así ¿dónde? _____

¿Se le ha notificado un aviso de desalojo? SI NO

Si es así, explique: _____

Nuestras Directrices

1. Debe estar en un tratamiento actual verificado por un trabajador social y consultorio médico con un formulario de información médica.

- Las solicitudes deben ser firmadas por el paciente. Todos los formularios pueden enviarse por correo electrónico si desea ingresar, comuníquese con el Fondo de Cáncer de Ávila para una cita.
- Debe tener **una identificación válida**, licencia de conducir o verificación de identidad.
- Todos los pagos se pagarán directamente al proveedor, como PG&E, Utilidades, propietario o Compañía Hipotecaria, los copagos se realizan en la instalación o el consultorio del médico. Se debe presentar una copia de la factura antes del pago. Para la presentación de la solicitud a una distancia mínima de 40 millas de la instalación de tratamiento, esto se basa en caso por caso.
- El Fondo contra el Cáncer de Ávila ofrece asistencia financiera y tarjetas de alimentos mientras haya fondos disponibles.
- Puede solicitar asistencia financiera cada seis meses a partir de su primera solicitud.
- Espere de 5 a 10 días desde que se reciba su solicitud para ser notificado.

Verificación del paciente

Dirección de _____ Teléfono: _____
instalaciones: _____ Numero
Directo: _____

Nombre y
título: _____ Correo: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Nombre del Médico: _____

¿El paciente viaja 40 millas para tratamientos
y citas?

SI NO

Firma

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Al firmar esta solicitud, usted está dando fe de la exactitud de la información. Asegúrese de haber completado la solicitud, se requiere la firma del paciente y una copia de las identificaciones.

Trabajador, consultorio Médico, Firma de Trabajador Social: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____