



Solicitud de Elegibilidad de Asistencia al Paciente

Requisitos de Elegibilidad

Puede ser elegible para los servicios de la Fundación, como reembolso de millas, alojamiento nocturno o tarjetas de compra si cumple con los siguientes criterios:

- Ha recibido un diagnóstico de cáncer y está recibiendo tratamiento activo en Santa Fe como quimioterapia y/o radiación
- Eres residente de Nuevo México y tienes al menos 18 años de edad
- Su ingreso documentado es igual o inferior al 300% de las Pautas federales de pobreza de 2020, como se describe a continuación

Numero de Miembros de la Familia	Ingreso Mensual Neto	Ingreso Bruto Neto
1	\$3,190	\$38,280
2	\$4,310	\$51,720
3	\$5,430	\$65,160
4	\$6,550	\$78,600
5	\$7,670	\$92,040

Documentación de Ingresos

Para calificar para la asistencia, debe proporcionar una prueba de que cumple con los requisitos de elegibilidad descritos anteriormente. Por favor, envíe uno de los siguientes con su solicitud completa:

- Una copia de su declaración de impuestos federales más reciente
- Una copia de la declaración de impuestos estatales más reciente si no se presentó Federal
- Si no tiene documentos de declaración de impuestos federales ni estatales, proporcione una explicación y otra forma de verificación de ingresos, como una carta de adjudicación del seguro social o talones de cheques.

Instrucciones para Completar esta Solicitud

- Complete el formulario completamente con la firma y la fecha en la parte inferior
- Las copias de las declaraciones de impuestos o, si corresponde, otros documentos que muestren ingresos deben adjuntarse a esta solicitud
- Si reúne los requisitos para recibir asistencia, comenzará el día en que se complete y acepte la solicitud. (No se proporcionará asistencia con millas si un solicitante está recibiendo ese beneficio de otra fuente)
- Envíe su solicitud completa y la documentación adjunta por correo postal, correo electrónico o fax utilizando la información de contacto que se proporciona a continuación

Apartado Postal	Correo Electrónico	Fax
Cancer Foundation for New Mexico PO Box 5038 Santa Fe, NM 87502	caroline@cffnm.org	(505) 955-7003

Preguntas?

Póngase en contacto con Caroline Owen en (505) 955-7931 x. 3 o caroline@cffnm.org.

Solicitud de Elegibilidad de Asistencia al Paciente

Información del Paciente			
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección de Envío:	Calle	Ciudad	Estado Código Postal
Dirección Física: (si es diferente de la anterior)	Calle	Ciudad	Estado Código Postal
País de Residencia:			
Números de Teléfono:	(Casa)	(Celular)	(Trabajo)
Dirección de Correo Electrónico:			
Estado Civil (seleccione uno):	Soltero	Casado	Divorciado/Viudo
Nombre del Contacto de Emergencia:			
Número de Teléfono:		Relación con el Paciente:	
Nombre de Contacto Secundario:			
Número de Teléfono:		Relación con el Paciente:	

Información Médica			
Diagnóstico:		Fecha de Diagnóstico:	
Médico Tratante:			
Tratamiento Prescrito:			
¿Tiene Seguro Médico Privado? Si No	Nombre de la Compañía:		
¿Recibe Usted Medicaid? Si No	¿Medicare? Si No		

Información Demográfica	
Recopilamos esta información para rastrear la distribución de servicios entre poblaciones diversas y para ayudar a garantizar la financiación continua para los programas para pacientes.	
Hispano o Latino	Nativo de Hawai o las Islas del Pacífico
Indio Americano o Nativo de Alaska	Caucásico
Asiático	Otros (especificar):
Negro o Afroamericano	

Información Financiera			
Estado de Empleo:	Tiempo Completo	Medio Tiempo	Desempleados
Título Profesional:		Empleador:	
¿Está recibiendo asistencia de vivienda o kilometraje de alguna otra agencia? Si No			
Nombre de la Agencia:		Cantidad de Asistencia:	

Solicitud de Elegibilidad de Asistencia al Paciente

Información Financiera Continuada			
Eres Dueño de Tu Casa?	Si	No	Si es así, indique el valor de la casa:
¿Cuál es el monto de su alquiler mensual o pago de hipoteca?			
¿Tiene otros activos como ahorros, acciones u otra propiedad?	Si	No	
En caso afirmativo, describa y enumere los valores:			
¿Cuál es su ingreso para el mes actual?			
¿Cuál es su ingreso total durante los últimos 3 meses?			

Información Sobre el Hogar:			
Enumere a todas las personas que viven con usted y su relación con usted.			
Nombre	Relación	Años	Estado de Empleo

Ingresos Mensuales: Indique las fuentes de ingresos para usted y para toda su familia.			
Fuente de Ingresos	Usted	Cónyuge / Pareja	Otros en el Hogar
Salario			
Pensión			
Seguridad Social			
Beneficios de Desempleado			
AFDC / TANF			
Pensión Alimenticia / Pensión Alimenticia			
Cupones de Alimentos			
Otro			
Ingreso Mensual Total	\$	\$	\$

Declaro que, según mi leal saber y entender, esta información es verdadera, correcta y completa. Entiendo que si se determina que la información que presento no es cierta, tal determinación dará como resultado una denegación de servicios por parte de la Fundación del Cáncer para Nuevo México. También estoy de acuerdo en notificar con prontitud a la Fundación del Cáncer de cualquier cambio en mi situación financiera. Entiendo que es posible que deba proporcionar documentación de citas médicas relacionadas con el cáncer.

Firma: _____
(Paciente o Tutor Legal)

Fecha: _____