






## Solicitud de Asistencia para Pacientes

Usted puede ser elegible para recibir servicios de la Fundación, como el reembolso por Viajes para Tratamiento, alojamiento nocturno, asistencia con alimentos o asistencia de emergencia si cumple con los siguientes criterios:

- 
**Diagnóstico de Cáncer**  
 Está bajo el cuidado de un oncólogo en Santa Fe y recibe tratamiento en Santa Fe, como quimioterapia y/o radiación.
- 
**Requisito de Residencia**  
 Es residente de Nuevo México y tiene al menos 18 años de edad.
- 
**Ingreso Documentado**  
 Su ingreso debe estar en o por debajo del 300% de las Guías Federales de Pobreza del año 2025, según se describe a continuación:

Miembros en el Hogar	Ingreso Bruto Anual
1	\$46,950
2	\$63,450
3	\$79,950
4	\$96,450
5	\$112,950

### Documentación de Ingresos

Para calificar para la asistencia, debe proporcionar prueba de sus ingresos. Envíe una de las siguientes opciones junto con su solicitud completa:

- Copia de su declaración de impuestos federales más reciente.
- Copia de su declaración de impuestos estatales más reciente (si no presentó impuestos federales).
- Si no tiene documentos de impuestos estatales o federales, proporcione una explicación y otra forma de verificación de ingresos, como una carta de beneficios del Seguro Social o recibos de pago.

### Instrucciones para Completar la Solicitud

- Complete toda la información requerida en el formulario seguro en línea.
- Adjunte copias de sus declaraciones de impuestos o, si corresponde, otros documentos que verifiquen sus ingresos.
- Si califica para la asistencia, la ayuda comenzará el día en que se acepte la solicitud.
- (No se proporcionará asistencia para viajes si el solicitante ya recibe este beneficio de otra fuente.)
- Envíe su solicitud completa y la documentación requerida por correo postal, correo electrónico o fax usando la información de contacto a continuación:

Dirección Postal	Correo Electrónico	Fax
Cancer Foundation for New Mexico PO Box 5038, Santa Fe, NM 87505	<a href="mailto:assist@cffnm.org">assist@cffnm.org</a>	505-955-7003

Si tiene preguntas, comuníquese con **Servicios para Pacientes**:

**CHRISTUS St. Vincent Regional Cancer Center**  
 Caroline Owen, Patient Services Coordinator  
 ✉ [caroline@cffnm.org](mailto:caroline@cffnm.org) ☎ (505) 955-7931 x. 403

**Nexus Health**  
 Stacey McMullen, Patient Services Coordinator  
 ✉ [stacey@cffnm.org](mailto:stacey@cffnm.org) ☎ (505) 955-7931 x. 408



# Solicitud de Asistencia para Pacientes

## Información del Paciente - PASO 1

**Nombre Completo**

**Fecha de Nacimiento**      **Edad**      **Género**      **Pronombres**  
                 

**Correo Electrónico**

**Dirección Postal**

**Ciudad**      **Estado**      **Código Postal**  
           

**Dirección Física**       Si es diferente a la postal

**Ciudad**      **Estado**      **Código Postal**  
           

**Fecha de Nacimiento**      **Últimos 4 dígitos del Seguro Social**  
     

**Teléfono de Casa**      **Teléfono Móvil**      **Estado Civil**  
           

**Contacto de Emergencia Primario**

**Teléfono de Contacto**      **Relación con el Paciente**  
     

**Contacto de Emergencia Secundario:**

**Teléfono de Contacto**      **Relación con el Paciente**



## Solicitud de Asistencia para Pacientes

### Información Médica – PASO 2

<b>Diagnóstico de Cáncer</b>		<b>Tratamiento Prescrito</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>Médico Tratante</b>		<b>Fecha del Diagnóstico (mes y año)</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>¿Recibe Medicare?</b>	<b>¿Tiene Medicaid?</b>	<b>¿Tiene seguro de salud privado?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### Información Demográfica – PASO 3

La Fundación contra el Cáncer de Nuevo México recopila esta información para rastrear la distribución de servicios entre diversas poblaciones y ayudar a garantizar la financiación continua de los programas para pacientes.

<b>¿Tiene origen Hispano/Latino?</b>	<b>Etnia</b>	<b>Otro (especificar)</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro
<input type="text"/>		

### Información Financiera – PASO 4

<b>Estado de empleo</b>	<b>Título del trabajo</b>	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="text"/>	
<b>¿Recibe asistencia de vivienda o reembolso de millaje de otra fuente?</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Monto de la asistencia</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>¿Es propietario de su vivienda?</b>	<b>Valor estimado de su casa</b>	<b>Pago mensual de renta o hipoteca</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>¿Tiene otros activos? (Ahorros, IRA, acciones, propiedades)</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Si es así, describa y liste los valores</b>		
<input type="text"/>		



## Solicitud de Asistencia para Pacientes

### Información del Hogar – PASO 5

Por favor, enumere a todos los miembros de su hogar y su relación con usted:

Nombre	Relación	Edad	Estado de Empleo

**Ingresos Mensuales:** (Ingrese los ingresos de todos en el hogar.)

Fuente de Ingreso	Usted	Cónyuge/Pareja	Otros en el Hogar
Salario			
Pensión			
Seguro Social			
Discapacidad			
Beneficios de Desempleo			
AFDC/TANF			
Manutención de hijos/pensión			
Cupones de alimentos			
Otros ingresos			
<b>Ingreso Mensual Total:</b>			

\*Ingrese su salario bruto mensual: estos son sus ingresos antes de impuestos y otras deducciones (como pagos de seguro).

**Sí, declaro que, según mi conocimiento y creencia, esta información es verdadera, correcta y completa. Entiendo que si la información que proporciono se determina como falsa, esto resultará en la negación de servicios por parte de la Fundación contra el Cáncer de Nuevo México. También acepto notificar de inmediato a la Fundación contra el Cáncer sobre cualquier cambio en mi situación financiera. Entiendo que puede ser necesario proporcionar documentación de citas médicas relacionadas con el cáncer.**

Firma:

Fecha:

(Paciente o Tutor Legal)