






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
 Debe tener un diagnóstico de cáncer y estar en tratamiento activo (como quimioterapia y/o radiación).
- 
Requisito de Residencia
 Usted es residente del Norte 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 2026, según se describe a continuación:

Miembros en el Hogar	Ingreso Bruto Anual
1	\$47,880
2	\$64,920
3	\$81,960
4	\$99,000
5	\$116,040

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 87502	assist@cffnm.org	505-955-7003

Si tiene preguntas, comuníquese con **Coordinadores de Servicios al Paciente:**

Caroline Owen, MA, LMSW
 caroline@cffnm.org  (505) 955-7931 x.403

Stacey McMullen, LMSW
 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

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

Diagnóstico de Cáncer

Tratamiento Prescrito

Médico Tratante

Fecha del Diagnóstico (mes y año)

¿Recibe Medicare?

Sí No

¿Tiene Medicaid?

Sí No

¿Tiene seguro de salud privado?

Sí 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.

¿Tiene origen Hispano/Latino?

Sí

No

Etnia

Indígena
Americano
Blanco

Otro (especificar)

Asiático
Afroamericano o
Negro

Información Financiera – PASO 4

Estado de empleo

Tiempo Completo

Medio Tiempo

Desempleado

Título del trabajo

Jubilado

Discapacidad **Empleador**

¿Recibe asistencia de vivienda o reembolso de millaje de otra fuente?

Sí No

Nombre de la agencia

Monto de la asistencia

¿Es propietario de su vivienda?

Sí No

Valor estimado de su casa

Pago mensual de renta o hipoteca

¿Tiene otros activos? (Ahorros, IRA, acciones, propiedades)

Sí No

Si es así, describa y liste los valores



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			
Beneficios para Veteranos			
Manutención de hijos/pensión			
Cupones de alimentos			
Otros ingresos			
Ingreso Mensual Total:			

*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)