



## 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:



**A partir del 1 de julio de 2026,** y siempre que haya fondos disponibles, la Cancer Foundation for New Mexico pondrá en marcha una prueba piloto para ampliar los criterios de elegibilidad a pacientes bajo el cuidado de un oncólogo de Santa Fe.



### Diagnóstico de Cáncer

Usted está bajo el cuidado de un oncólogo de Santa Fe.



### Requisito de Residencia

Usted es residente de Nuevo México y tiene al menos 18 años de edad.



### Ingreso Documentado

En o por debajo del 400% de las Guías Federales de Pobreza de 2026.

| Miembros en el Hogar | Ingreso Anual Bruto al 300 % | Ingreso Anual Bruto al 400% |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1                    | \$47,880                     | \$63,840                    |
| 2                    | \$64,920                     | \$86,560                    |
| 3                    | \$81,960                     | \$109,280                   |
| 4                    | \$99,000                     | \$132,000                   |
| 5                    | \$116,040                    | \$154,720                   |

## 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<br>PO Box 5038, Santa Fe, NM 87502 | <a href="mailto:assist@cffnm.org">assist@cffnm.org</a> | 505-955-7003 |

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

**Caroline Owen, MA, LMSW**

✉ [caroline@cffnm.org](mailto:caroline@cffnm.org) ☎ (505) 955-7931 x.403

**Stacey McMullen, LMSW**

✉ [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**

**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                |       |                |                   |
| <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)