



### ELEGIBILIDAD DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Usted puede ser elegible para los servicios del *Cancer Foundation for New Mexico* (Fundación) si cumple con los siguientes criterios:

- 1) Usted tiene un diagnóstico de cáncer y esta recibiendo tratamiento en la ciudad de Santa Fe;
- 2) Usted es un residente del estado de Nuevo México;
- 3) Su edad es 18 años o mayor;
- 4) Sus ingresos financieros son menos del 300% de las Guías Federales de Pobreza del 2019 que se describen a continuación.

Número de Miembros de su Familia	Ingresos Mensual Bruto	Ingreso Anual Bruto
1	\$ 3123	\$ 37,470
2	\$ 4228	\$ 50,730
3	\$ 5333	\$ 63,990
4	\$ 6438	\$ 77,250
5	\$ 7543	\$ 90,510

Para preguntas de elegibilidad, favor de ponerse en contacto con la oficina de la Fundación al (505) 955-7931.

- Si usted cumple con los criterios antes mencionados, debe proveer la copia más reciente de su Declaración de Impuestos Federales de los Estados Unidos.
- Si usted no preparó impuestos federales EE.UU., presente una copia de su Declaración de Impuestos del Estado de Nuevo México.
  - Si no se presentaron, explique y presente documentos de su ingreso.



SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL PACIENTE

Instrucciones

- Esta solicitud debe ser llenada y firmada antes que pueda ser aprobada.
- Copias de declaraciones de sus impuestos deben presentarse junto con la solicitud.
- Si usted califica para la ayuda, comenzara el día en que la solicitud sea aprobada.

Usted puede enviar la solicitud y los anexos por correo a la siguiente dirección:  
**Cancer Foundation for New Mexico** (Fundación del Cáncer de Nuevo México)  
**PO Box 5038**  
**Santa Fe, NM 87502**

Además se puede enviar por fax la solicitud y los anexos al numero: (505) 955-7931 ext 3

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
*calle ciudad estado código postal*

Dirección física: \_\_\_\_\_  
*calle ciudad estado código postal*

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_

Teléfono (celular): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de su seguridad social: \_\_\_\_\_

Estado Civil: casado \_\_\_\_\_ soltero (divorciado, viudo) \_\_\_\_\_

Nombre de cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_

Otra persona de contacto (en caso de emergencia): \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado laboral del paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Cargo/posicion: \_\_\_\_\_

Diagnosís del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnosís: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Recibe usted Medicaid? \_\_\_\_\_ ¿Medicare? \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico privado? \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

¿Ya recibe ayuda por otra agencia para la vivienda o kilometraje? \_\_\_\_\_

Si es así, que es el nombre de la agencia y la cantidad de ayuda: \_\_\_\_\_

Lista de las personas que viven con el paciente:

Nombre	Relación al paciente	Edad	Estado laboral

INFORMACION FINANCIERA

¿Es dueño de su casa? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es dueño, el valor de la casa: \$ \_\_\_\_\_

Hipoteca/renta por mes: \$ \_\_\_\_\_

¿Ahorros adicionales, acciones o otros bienes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cantidad de ahorros \$ \_\_\_\_\_; acciones \$ \_\_\_\_\_; otros bienes \$ \_\_\_\_\_

Ingreso actual por mes: \$ \_\_\_\_\_ Ingresos totales por los últimos 3 meses: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales del paciente y personas que viven en la misma hogar:

Fuente de Ingresos	Paciente	Cónyuge / Pareja	Otros miembros del hogar
Salario mensual			
Pensión			
Seguridad Social			
Beneficios de desempleo			
AFDC / TANF			
Mantención de Menores / Pensión Alimenticia			
Cupones de Alimentos			
Otros			
<b>Ingreso mensual total:</b>			

IMPORTANTE: *Anote los salarios brutos mensuales sin deducir el impuesto de retención o asignaciones deducidas del pago como el pago de seguros, etc.*

**El Paciente Declara:**

Que a mi leal saber y entender, esta información es verdadera, correcta y completa. Entiendo que si la información que presento se determina que no es cierta, tal determinación se traducirá en denegación de los servicios del *Cancer Foundation for New Mexico* (Fundación del Cáncer de Nuevo México).

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la oficina del *Cancer Foundation for New Mexico* al (505) 955-7931.**