



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 está 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 250% de las Guías Federales de Pobreza del 2015 que se describen a continuación.

Número de Miembros de su Familia	Ingresos Mensual Bruto	Ingreso Anual Bruto
1	\$ 2943	\$ 35,310
2	\$ 3983	\$ 47,790
3	\$ 5023	\$ 60,270
4	\$ 6063	\$ 72,750
5	\$ 7103	\$ 85,230

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 dia 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) 955-7003

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: _____

Diagnos del paciente: _____ Fecha de diagnosis: _____

Doctor: _____

Tratamiento: _____

¿Recibe usted Medicaid? _____ ¿Medicare? _____

¿Tiene seguro medico privado? _____ Nombre del Seguro: _____

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

Si es asi, que es el nombre de la agencia y la cantidad de ayuda: _____

Página 2

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			
Ingreso mensual total:			

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.