

Formulario de ayuda financiera para pacientes

Las únicas personas autorizadas para llenar este formulario son los pacientes, cónyuges / hijos, POA, navegante del paciente o trabajador social en el centro de tratamiento. Las solicitudes *no* serán aceptadas en caso de que otra parte llene y / o entregue este formulario. Si tiene alguna pregunta o necesita alguna aclaración sobre algo, contacte a la Coordinadora de PFA en zina@projectpurple.org. Le pedimos que toda la información este en formato pdf.

Marque una opción: ☐ busco ayuda para mí mismo ☐ busco ayuda a nombre del paciente

Nombre del paciente:

Dirección del paciente (calle, ciudad, estado, código postal):

Fecha de nacimiento del paciente (mes / día / año):

Número preferido de contacto del paciente:

Dirección de correo electrónico preferido del paciente:

EN CASO DE QUE USTED *NO* SEA EL PACIENTE, DEBERÁ LLENAR SU INFORMACIÓN AQUÍ...

Nombre completo:

Título o relación con el paciente (si POA, por favor envíe los comprobantes):

Número de contacto preferido:

Correo electrónico preferido:

Junto con este formulario, **DEBERÁ INCLUIR TODA LA INFORMACIÓN SIGUIENTE** para que su solicitud pueda ser procesada y revisada:

- ☐ El resumen de la visita al médico más reciente o una carta reciente de la oficina del médico (Vea a la guía de información médica para más detalles)
- ☐ Copias de las facturas a nombre del paciente que este solicitando pago, cada factura debe tener un formulario individual de ACH.
- ☐ Copias del formulario 1040 de declaración de impuestos del año anterior de *ambos* cónyuges O una copia de la carta de verificación de beneficios de ingreso seguro suplementario (SSI)
- ☐ Copia de la tarjeta de identificación

Consulta a la guía del programa de ayuda financiera para más detalles sobre los documentos necesarios anotados en la lista de arriba.

Mencione a todos los miembros que residen en el hogar. (Indique también cuántos de esos miembros son menores de edad)

¿Ha recibido ayuda financiera de cualquier otro grupo u organización? Sí No

En caso afirmativo, indique de quién y el monto total.

Condiciones de vida (Elige lo que más representa su condición de vida a este tiempo)

- ☐ Alquilar
- ☐ Dueño del hogar
- ☐ Otra - Especifica: _____

¿Cómo encontró el programa de ayuda financiera para pacientes del Project Purple?

Información adicional:

En caso de que tenga algo más para compartir con nosotros, hágalo a continuación (300 palabras máximo)

_____ Autorizo a Project Purple para que obtenga información de mi solicitud para aplicarla a sus hallazgos de estadísticas generales.

_____ NO doy autorización para que Project Purple obtenga información de mi solicitud para aplicarla a sus hallazgos de estadísticas generales.

Por medio de la presente certifico que la información anterior y todo el contenido provisto en esta solicitud es verídico y preciso. Entiendo que cualquier información falsa puede ocasionar la denegación de cualquier subsidio.

Firma del paciente

Fecha

Firma de la persona que llena el formulario

Fecha

CUESTIONARIO *(no es obligatorio y no tendrá ningún efecto sobre los subsidios otorgados)*

Tomamos las respuestas de esta encuesta y la ingresamos en una base de datos que nos proveerá con estadísticas con la esperanza de proveer información útil a los científicos, así como más conocimiento y concienciación pública.

Género al nacer: M F

¿Edad al momento del diagnóstico de cáncer de páncreas?

¿Etnicidad?

¿Religión?

¿Ha servido en fuerzas armadas?

Si ha servido, ¿cuándo y dónde has sido su despliegue?

¿Es usted veterano?

¿Estado / Región / País en el que ha vivido la mayor parte de su vida?

¿Cuántas veces por semana hace ejercicio durante 20 minutos o más?

¿Es fumador social o fuma regularmente?

En caso afirmativo, de cualquiera de las formas, ¿cuántas *cajetillas* diría que fuma en el lapso de 1 mes?

¿Bebe alcohol? En caso afirmativo, ¿cuántos vasos / cervezas en promedio por mes?

¿Participa en el uso de drogas recreativas?

En caso afirmativo, ¿cuál es su droga favorita y con qué frecuencia la consume?

¿Alguien más en su familia de sangre ha tenido cáncer de páncreas?

En caso afirmativo, ¿cuál es su relación con usted (tía, primo, abuelo)?

¿De qué lado de la familia (materno, paterno)?

¿Alguna vez le han realizado pruebas genéticas para el cáncer de páncreas?

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados?

¿Ha experimentado la falta o déficit de medicamentos? ej. Cualquier medicamento pre escrito por su oncólogo para el su tratamiento de cancer.

Si su contestación es SI:

¿Cuándo y cuál medicamento? _____

¿Cuanto duró la falta? _____

¿Cómo fue resuelto? _____