



Los miembros de AAHC son voluntarios que recaudan fondos para ayudar a sufragar gastos que no sean médicos de pacientes que están recibiendo un tratamiento activo contra el cáncer. Se apoya en los esfuerzos de recaudación de fondos de sus miembros y otras donaciones.

Algunas cosas que debería saber: (Por favor, lea atentamente!)

1. Esta solicitud **debe** ser entregada a su **EQUIPO DE LA ATENCIÓN MÉDICA el segundo viernes de cada mes.**
2. Presentar su solicitud completa a su equipo medico en el momento de su visita para completar la parte de certificación medica de su solicitud.
3. Envíe la solicitud por correo a: Assistance In Healthcare, Inc.
P.O. Box 5157
Goodyear, Arizona 85338
4. Para permitir suficiente tiempo de revisión, proceso y copiado de su solicitud, el AHHC Comité de Solicitud debe recibir su solicitud en el primer viernes de cada mes durante horas de oficina.
5. Usted debe haber recibido tratamiento en un centro médico en el área de Phoenix **en los últimos 30 días** para poder ser elegible para solicitar asistencia.
6. El comité aceptará únicamente una solicitud por paciente cada mes.
7. Por favor asegúrese de haber completado todo el formulario. Los formularios incompletos no se tomarán en cuenta. AÚN la SECCIÓN sobre "¡Cómo esto le ayudará!". (Pg 3)
8. Cada solicitud se revisa individualmente.
9. El monto de asistencia que se otorgue dependerá de la cantidad de fondos disponibles y de la situación financiera del solicitante, pero en ningún caso excederá los 250 USD.
10. Presentar una solicitud **no garantiza que usted recibirá los fondos.**
11. La información que proporcione en su solicitud se mantiene en la más estricta confidencialidad. Le agradeceremos la misma cortesía respecto a la cantidad de fondos que se le asignen (no informe a otras personas la cantidad que usted recibe).
12. **Arizona Assistance in HealthCare no puede ayudarle con las facturas médicas, del hospital, la prima de seguros, los medicamentos con receta u otros gastos médicos.**
13. Dirija cualquier pregunta con respecto a su solicitud al 623-207-3009 o envíe un correo electrónico a info@AzAssistanceinHealthcare.com



****LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SE PROCESARÁN. ****
LAS SOLICITUDES SE DEBEN RECIBIR ANTES DEL ULTIMO VIERNES DE CADA
MES PARA QUE SE CONSIDEREN PARA EL MES SIGUIENTE.

Todas Las Solicitudes Deben Ser Originales - no copias
Por favor no presente previas solicitudes.

Fecha de hoy _____

Nombre del paciente _____ Edad _____

Nombre del solicitante _____ Edad _____

Número de teléfono del solicitante () _____ **SS#** del solicitante _____

Dirección del solicitante _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Diagnóstico y condición del paciente

Relación del solicitante con el paciente _____

Número de personas que viven en el hogar _____ Edades de los hijos
dependientes en el hogar _____

Otras personas que dependen económicamente del solicitante _____

El paciente está actualmente: empleado y trabaja de tiempo completo
 empleado pero con FMLA/Incapacidad/Permiso
Empleado: Tiempo completo Medio Tiempo

	SOLICITANTE	CÓNYUGE	OTRAS PERSONAS
Empleador	_____	_____	_____
Tipo de empleo	_____	_____	_____

BIENES (Indique VALOR ACTUAL):

Cuentas de cheques	_____	_____	_____
Cuentas de ahorros	_____	_____	_____
Otras inversiones	_____	_____	_____
Cuentas líquidas	_____	_____	_____

FUENTES DE INGRESO (Indique las cantidades MENSUALES):

	SOLICITANTE	CÓNYUGE	OTRAS PERSONAS
Salario neto (después de impuestos)	_____	_____	_____
Seguro de desempleo	_____	_____	_____
Tiempo pagado para ausentarse por enfermedad (sick pay)	_____	_____	_____
Seguro Social	_____	_____	_____
Incapacidad a corto y largo plazo	_____	_____	_____
Beneficios por jubilación	_____	_____	_____
Ingreso por alquiler	_____	_____	_____
Ingresos de inversiones	_____	_____	_____
Ingresos por intereses	_____	_____	_____
Cuota alimentaria para cónyuge	_____	_____	_____
Manutención infantil	_____	_____	_____
Fondos fiduciarios	_____	_____	_____
Alojamiento y comida	_____	_____	_____
Asistencia social	_____	_____	_____
Beneficios militares	_____	_____	_____
Otros: _____	_____	_____	_____
TOTAL	_____	_____	_____

GASTOS (Indique los montos MENSUALES):

Renta o hipoteca	_____	_____	_____
Gas	_____	_____	_____
Electricidad	_____	_____	_____
Agua y alcantarillado	_____	_____	_____
Teléfono y celular	_____	_____	_____
Pagos de automóvil	_____	_____	_____
Seguro de auto	_____	_____	_____
Gasolina y aceite	_____	_____	_____
Alimentos	_____	_____	_____
Seguro de salud	_____	_____	_____
Seguro de vida	_____	_____	_____
Medicamentos	_____	_____	_____
Vitaminas recetadas	_____	_____	_____
Atención infantil	_____	_____	_____
***Otras deudas (pagos)	_____	_____	_____
TOTAL	_____	_____	_____

***OTRAS DEUDAS (tales como, tarjetas de crédito, facturas médicas, préstamos, etc.)

Indique los **SALDOS TOTALES**

Nota: Arizona Assistance in Health Care, Inc. no puede apoyar con el pago de Facturas de Hospital, Facturas Médicas, Gastos de Medicamentos, Gastos de Viaje y/o Gastos de Alojamiento.

Mediante mi firma certifico que toda la información precedente es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que Arizona Assistance in Healthcare, Inc. ("AAHC") no tiene que prestarme ningún tipo de asistencia y que yo seré responsable del pago de todas las facturas. Al aceptar esta solicitud, AAHC no asume ninguna responsabilidad para el pago de facturas.

Nombre del solicitante en letra de molde

Firma del solicitante

~~Toda la información debe estar completa para que se procese la solicitud~~

~~Sírvese adjuntar una copia de la factura para la que necesita apoyo~~

~Únicamente se considerarán para asistencia los pacientes que estén actualmente en tratamiento para cáncer~

Favor de devolver la solicitud a:
Arizona Assistance in Health Care, Inc.
P.O. Box 5157
Goodyear, AZ 85338

Indíquenos la manera en que esto le ayudará. Por favor sea lo más específico posible por lo cual usted necesita esta ayuda, especificando alimentos, alquiler y necesidades emergencias no médicas.

Alquiler

Comida

Servicios Públicos

Deuda de Tarjetas de Crédito

 Quiero compartir mi historia. (La información financiera NO se divulgará)

Nota: Arizona Assistance in Health Care, Inc. no puede apoyar con el pago de Facturas de Hospital, Facturas Médicas, Gastos de Medicamentos, Gastos de Viaje y/o Gastos de Alojamiento.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Por este acto autorizo al médico o grupo de médicos que se indican a continuación para que verifiquen mi situación como paciente con cáncer, mi diagnóstico y que analicen la duración esperada de mi tratamiento con Arizona Assistance in Healthcare, Inc. y sus representantes.

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del médico: _____

Dirección de la oficina: _____

Número de teléfono de la oficina: _____

Fax de la oficina: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

(Esta sección es sólo para uso del médico/practicante clínico)

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Por este acto certifico que _____ (nombre del paciente) está en *tratamiento activo (no de mantenimiento)* para _____ (diagnóstico relacionado con cáncer).

Tipo de tratamiento: (seleccione todas las respuestas que correspondan)

_____ Quimioterapia IV _____ Cirugía: fecha _____
_____ Quimioterapia Oral _____ Terapia de Radiación

El tratamiento se inició el _____ (fecha) y se espera que el paciente siga en tratamiento durante 30 _____ 60 _____ o 90 _____ días.

Firma de médico

Fecha

(debe ser la firma del médico – no puede estamparse mediante sello ni ser la firma de la enfermera)

(la firma del médico y fecha deben ser menores a 60 días)

Nombre del médico (en imprenta): _____