



Solicitud de Asistencia Financiera

Envíe por correo electrónico o fax la solicitud completada a:

pfs@theNCCS.org
(314) 735-2014 (fax)

Fondo de Asistencia de Transporte

- Transporte para un niño y cuidador para ir y regresar del tratamiento.
- Alojamiento cuando un niño está lejos de casa para tratamiento cuando otro alojamiento sin fines de lucro no está disponible.

Lista de Verificación de Elegibilidad:

- Su hijo debe ser diagnosticado con cáncer. Si su hijo tiene un tumor cerebral, el tumor debe ser de alto grado (III o IV) o anaplástico para ser elegible.
- Su niño debe haber sido diagnosticado el día de o antes de su cumpleaños número 18 y tratado antes de su cumpleaños número 21. Los adultos que recaen después de cumplir 18 años y que no fueron atendidos anteriormente no son elegibles para los servicios.
- Su hijo debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir en los Estados Unidos con una tarjeta I-551 (tarjeta verde) por 12 meses sin historia previa de la enfermedad actual.
- Debe tener menos de \$5.000 (cinco mil dólares) en cuentas bancarias de fácil acceso (por ejemplo, de cheques, de ahorros y recaudación de fondos accouts).

Para recibir asistencia financiera del Fondo de Transporte, por favor complete páginas 2, 3 y 4 de la solicitud.

Fondo de Asistencia de Emergencia

- \$200 (doscientos dólares) en ayuda de emergencia al año para ayudar a las familias a compensar los gastos. Asistencia se puede utilizar pago de hogar, pago de renta, los pagos de utilidad, el cuidado infantil, las primas de seguro de salud, los gastos de coche o gastos relacionados al tratamiento (tales como las comidas fuera de casa, las recetas médicas, estacionamiento).

Lista de Verificación de Elegibilidad:

- Debe cumplir con todas las pautas de elegibilidad para el Fondo de Asistencia de Transporte mencionadas anteriormente.
- Su hijo debe haber sido hospitalizado o reubicado para recibir tratamiento durante 30 días consecutivos. Esta estadía debe haber ocurrido dentro de los últimos 90 días para poder recibir asistencia de emergencia.
- Se necesitará una carta que indique las fechas de la estadía de su hijo a cargo del trabajador social del hospital de su hijo.

Para recibir asistencia financiera del Fondo de Emergencia, por favor complete páginas 2, 3, 4 y 5 de la solicitud.

Política Contra la Discriminación:

Ud. y su niño no serán discriminados ni negados asistencia por causa de su raza, religión, color, origen nacional, género, o afiliación política. Todas las solicitudes financieras serán repasadas caso por caso y una determinación final se basará en su elegibilidad, las pautas de NCCS y los fondos disponibles.

Por favor use LETRA DE MOLDE y complete TODAS las secciones correctamente.

Información Niño/Paciente – Debe ser completado

Nombre del paciente (nombre, 2º nombre, apellido) _____ Varón Mujer

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento (estado/país) _____

Dirección del Paciente _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

¿Paciente solicita asistencia independiente de tutor? Sí No

Por favor considere enviar una fotografía de su hijo con la solicitud o por correo electrónico a pfs@theNCCS.org con nombre y fecha de nacimiento.

Información Padres ó Tutores – Debe ser completado

Si los tutores no residen en el mismo hogar y ambos buscan asistencia financier, ambos tutores deben llenar solicitudes separadas.

Nombre de los Padres ó Tutores _____

Teléfono Fijo# (_____) _____ Teléfono móvil # (_____) _____

Correo electrónico _____

¿Es misma dirección como paciente? Yes No Si no, dirección _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

Estado civil de los padres/tutores Soltero Casado Divorciado Conviviente Viudo

Separado Otro _____

¿Si se divorció, quién es el guardián custodia del paciente/niño? _____

Información Médica – Debe ser completado

Una carta del trabajador social, del hospital del niño u otro profesional del hospital explicando el diagnóstico del niño, situación familiar, plan de tratamiento para los próximos 60 días y la asistencia solicitada es necesario además de completar esta sección. Se recuerdan a los proveedores de salud que deben cumplir con los requisitos de HIPAA al presentar la NCCS con información para el paciente.

Nombre del hospital _____

Trabajador social (nombre y apellido) _____ Teléfono (_____) _____

Correo E _____

Dirección postal _____ Dept. _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

Diagnóstico _____ Si es tumor cerebral, grado del tumor * _____

Fecha de diagnóstico _____ Número de recaídas _____

Fecha(s) de la recaída(s) _____

* Carta de un médico con la documentación diagnóstica y grado del niño es necesario para los niños diagnosticados con un glioma, ependymoma o astrocitoma. La NCCS reserva el derecho de solicitar la carta de un médico cuando lo considere necesario.

Ingreso Familiar

Ingreso familiar anual total \$ _____

Fuentes de ingresos familiares (por favor marque todas las que aplican):

 Salario SSI Ayuda infantil TANF Otro

Empleador del tutor _____

¿Es el padre/tutor en excedencia? Sí No

Empleador del tutor _____

¿Es el padre/tutor en excedencia? Sí No**Bancario** Marque aquí si la familia no tiene una cuenta bancaria.

Enumere sus cheques/ahorros y otras cuentas fácilmente accesibles en el espacio provisto. **Incluyen las cuentas de recaudación de fondos que se han establecido en nombre de su hijo. Se debe incluir copias de sus declaraciones más recientes de todas las cuentas abajo.** Recuerde, usted debe tener menos de \$5.000 en cuentas fácilmente accesibles para ser elegibles para asistencia.

Nombre del Banco	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta (últimos 4 dígitos)
<i>Ej.: Bank of America</i> _____	<i>comprobar</i> _____	<i>4321</i> _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

 Marque aquí si la familia tiene una cuenta de recaudación de fondos. **(Si está marcada, por favor proporcione una copia del saldo.)****Información de Seguros**¿El paciente tiene seguro de salud? Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar qué tipo de seguro (marque todas las que apliquen):

 Privada Medicaid Medicare Otro
¿Seguro proporciona ayuda con el transporte o los gastos de hospedaje? Sí No**Los Procedimientos de Financiación**

1. Un administrador de casos se comunicará con su trabajador social en el hospital por teléfono una vez que la solicitud ha sido recibida y procesada por la NCCS para determinar cómo mejor podemos ayudarle.
2. Asistencia de transporte puede suministrarse por hasta 60 días. La asistencia financiera no es retroactiva. Para solicitar asistencia de transporte adicional, debe tener un profesional del hospital presentar una solicitud por escrito que proporciona una actualización sobre el plan de tratamiento de su hijo. (No necesita presentar una nueva solicitud).

Asistencia Requerida

¿Qué ayuda financiera solicita? (Por favor marque todas las que aplican).

-
- Transporte o alojamiento (por favor complete páginas 2, 3 y 4)
-
-
- Fondo de Asistencia de Emergencia (por favor complete páginas 2, 3, 4 and 5)

Consentimiento Para Liberar Información y Afirmación

Autorizo a todos los hospitales, instituciones financieras y grupos de seguros para liberar a la NCCS, o su representante debidamente autorizado, cualquier información se considere necesaria para completar su investigación de mi solicitud de asistencia financiera. Además autorizo la NCCS y sus representantes para proporcionar dicha información a las instituciones que sean razonablemente necesarias para ayudar a nuestra familia y nuestro hijo. Todas las autorizaciones dadas en el presente documento deberán continuar hasta que el abajo firmante proporciona notificación de rescisión por escrito.

Para avanzar ayuda financiera junto con el tratamiento médico de _____ (niño), los abajo firmantes por este medio afirman lo siguiente:

1. Los firmantes son los padres o tutores del niño.
2. Se prestará asistencia financiera con el uso de dichos fondos a ser especificado por la NCCS.
3. El abajo firmante(s) además acuerda devolver los fondos no utilizados inmediatamente a la NCCS así que aquellos fondos pueden ser utilizados por la organización en beneficio de otras familias.
4. El abajo firmante (s) reconoce y acuerda de mantener registros que estarán disponibles para la NCCS a petición razonable, detallando los gastos de los fondos otorgados por la organización.

La NCCS perseguirá restitución de becas si se determina que la información presentada en la solicitud es falsa. He leído las directrices para la asistencia financiera y la lista de verificación de elegibilidad y declaro que la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo las hojas adjuntas, es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Además, el abajo firmante(s) da consentimiento continuo a la NCCS para utilizar imágenes de todas clases de mi hijo, de mí y de nuestros nombres, mientras sólo se utilizan en nombre de la NCCS. Yo puedo anular consentimiento por tachar esta disposición y por colocar mis iniciales.

Esta fecha _____ día de _____, en el año _____

Firma del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

Por Favor Escriba Nombre

Por Favor Escriba Nombre

Relación con el paciente, niño:

Madre Padre Self
 Abuelo Otro _____

Relación con el paciente, niño:

Madre Padre Self
 Abuelo Otro _____

Testigo: _____

***Solo podemos hablar con el padre(s)/tutor(es) que ha firmado esta solicitud.**

**Envíe por correo electrónico o fax la solicitud completada a:
pfs@theNCCS.org; 314-735-2014**



Solicitud Para el Fondo de Asistencia de Emergencia

Envíe por email o fax la solicitud completada a:

pfs@theNCCS.org
(314) 735-2014 (fax)

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de recepción _____

Por favor IMPRIMA en tinta azul oscura o negra y completar todas las secciones con precisión. Si esta es la primera vez que una familia está aplicando a la NCCS también deben completar la solicitud de fondo de ayuda de transporte (páginas 2, 3 y 4).

Las familias que tienen un niño que ha sido hospitalizado por 30 días consecutivos (o fuera de casa durante 30 días consecutivos para recibir tratamiento) durante los últimos 90 días son elegibles por \$200 en ayuda de emergencia una vez por año fiscal. Por favor vea la Página 1 de la solicitud de asistencia financiera para las pautas de elegibilidad adicionales.

Nombre del paciente (nombre, 2º nombre, apellido) _____ Varón Mujer

Fecha de nacimiento _____

Nombre de los Padres ó Tutores _____

Teléfono primario # (_____) _____ Teléfono secundario # (_____) _____

Por favor considere enviar una fotografía de su hijo con la solicitud o por correo electrónico a pfs@theNCCS.org con nombre y fecha de nacimiento.

Compruebe cómo se utilizará la ayuda. Si paga una factura, por favor incluya una copia de la factura a pagar.

- Hipoteca
- Alquiler
- Pago de Utilidad
- Cuidado de niños
- Prima de Seguro de Salud
- Gastos de Coche
- Los Gastos Relacionados con el Tratamiento (comidas fuera de casa, recetas, estacionamiento del hospital, etc.).

Por favor describa cómo esta asistencia ayudará a su familia.

Confirmación de Elegibilidad. (Seleccione uno).

- Mi hijo ha estado hospitalizado por 30 días consecutivos durante los últimos 90 días.
- Mi hijo ha estado lejos de casa/reubicado por 30 días consecutivos durante los últimos 90 días.

Para recibir asistencia de emergencia, su solicitud debe incluir una carta de su trabajador social en la que se confirme la estadía o la reubicación de pacientes hospitalizados.

Los Procedimientos de Financiación:

1. Un administrador de casos se comunicará con su trabajador social en el hospital por teléfono una vez que la solicitud ha sido recibida y procesada por la NCCS para determinar cómo mejor podemos ayudarle.
2. Asistencia se basa en la disponibilidad de fondos. Usted puede solicitar asistencia de emergencia una vez por la NCCS por año fiscal (del 1 de Octubre hasta el 30 de Septiembre)
3. Para volver a aplicar, debe continuar con las pautas de elegibilidad después del 1 y 4 meses de octubre debe haber transcurrido desde que fue asistido previamente por el fondo de asistencia de emergencia de NCCS.

www.theNCCS.org

(800) 5-FAMILY (families only)

(314) 241-1600