

BREAST CANCER SOLUTIONS

Dirección para el correo: 3843 S. Bristol Street #152, Santa Ana, CA 92704-7426
Teléfono: 866.960.9222 fax: 866.781.6068 website: www.breastcancersolutions.org

SOLICITUD DEL CLIENTE

BCS provee apoyo a las personas que viven en los condados de Orange, San Diego y Riverside que están recibiendo tratamiento para cáncer de seno que ha afectado sus ingresos o gastos considerablemente. Si ha terminado la cirugía, la quimioterapia o la radiación para el cáncer de seno principal y no hay evidencia de la enfermedad y ahora está tomando Tamoxifen, Arimidex u otro tratamiento hormonal para largo plazo, no está en tratamiento activo y no puede recibir la ayuda. Si para el tratamiento por alguna razón contra los consejos de su oncólogo, no podrá recibir la ayuda. BCS tiene el derecho de verificar los ingresos, los gastos y el plan de tratamiento al pedir la información siguiente.

VERIFICACION	CONDICIONES
IDENTIFICACION	Debe de tener prueba de identificación con retrato, licencia de manejar de California, identificación de California, identificación escolar o de empleo, tarjeta de Seguro Social u otra forma de identificación si está disponible.
RESIDENCIA	Debe ser residente de los condados de Orange, San Diego, Riverside o San Bernardino para recibir la ayuda de BCS. Prueba de residencia por medio de recibo de renta, pago de hipoteca o contrato, o una nota del dueño de la casa; recibo de servicios, notificación de cortar servicios, notificación de tardanza, orden de desalojo, o notificación para desalojar en tres días etc.
INGRESOS	Debe proveer información verificable antes y durante el tratamiento. Debe incluir dinero ganado o no ganado por el esposo(a) o cualquier otra persona responsable que vive en la residencia.
SITUACION MEDICA	Debe estar en tratamiento activo para recibir ayuda de BCS. Diagnostico reciente, pronóstico, fecha de la cirugía y plan de tratamiento con fecha y firma del doctor del tratamiento,
BIENES RAICES	Debe incluir información de sus propiedades, incluyendo propiedades alquiladas, secundarias etc.
GASTOS FUERA DEL REFUGIO	Debe de proveer información acerca de los pagos de la tarjeta de crédito, el carro, cuidado de hijos, cable, almacenaje de muebles, club de salud u otras obligaciones legales para el esposo(a) y otras personas responsables que viven en la casa.
VEHICULOS	Son exentos.
RECURSOS LIQUIDOS	Debe mostrar que los recursos líquidos disponibles son menos de \$1,000.00 en total. Incluyendo cuentas de ahorros, valores, bonos, y otros recursos que convertirse fácilmente. Recursos inaccesibles como 401k, IRA's son exentos.
COSAS PERSONALES	Son exentas.

Llene páginas 1 y 2 de la solicitud. Página 3 contiene una autorización para liberar su información médica del médico. Llene el formulario y pídale a su médico principal (oncólogo, cirujano) que le haga una copia. Este formulario le dice al doctor que Ud. le da permiso para dar su información médica y que debe estar en su archivo. Ponga su nombre y su fecha de nacimiento en Sección 1 en la página 4, y dígame a su médico que llene la pagina 4, que da a BCS su diagnostico y su plan de tratamiento. El médico debe llenar el formulario y adjuntar documentación de patología pertinente. Puede dárselo a Ud. o enviarlo directamente por correo o por FAX a BCS. El domicilio y los números del FAX y del teléfono están arriba.

Atención: Su solicitud no será procesada hasta que BCS haya recibido las cuatro páginas incluyendo el reporte del doctor. Para terminar el proceso de la solicitud es necesario tener una entrevista con dos voluntarias de apoyo para el cliente.

***** Por favor ponga sus iniciales en la parte de abajo en cada una de las páginas. *****

Fecha de solicitud: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zona Postal: _____

Números de teléfono: En casa: _____ Trabajo: _____

Celular: _____ Fax: _____

Etnicidad (si quiere) _____ Idioma de preferencia: _____

Estado Civil: _____ ¿Tiene hijos viviendo en casa? _____ Número de hijos: _____

(Edades) y nombres de los hijos: () _____ () _____ () _____

La persona a quien llamar de emergencia: _____ Relación _____ Número de teléfono _____

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: Casa _____ Celular: _____

BREAST CANCER SOLUTIONS

Dirección para el correo: 3843 S. Bristol Street #152, Santa Ana, CA 92704-7426
 Teléfono: 866.960.9222 fax: 866.781.6068 website: www.breastcancersolutions.org

¿Cuánto fue su sueldo antes del tratamiento? _____ ¿Cuánto fue sus gastos antes del tratamiento? _____

¿Cuánto es su sueldo ahora? _____ ¿Cuánto son sus gastos ahora? _____

¿Por qué ha cambiado su sueldo /gastos durante el tratamiento? _____

¿Alguien le ayudó con esta solicitud? Sí _____ No _____ (Si tuvo ayuda, llene la información abajo.)

Nombre _____

Relación _____

Número de teléfono _____

E-mail _____

¿Qué clase de seguro medico tiene ud? (privado, Medicare, MediCal, BCCTP, ninguno) _____

INGRESOS ACTUALES	Cantidad Mensual
1. Sueldo si está trabajando (después de los impuestos)	1. \$
2. Sueldo del esposo(a) (después de los impuestos)	2. \$
3. Ingresos de propiedad alquilada (rentada)	3. \$
4. Interés/dividendos	4. \$
5. Beneficios de veteranos	5. \$
6. Huésped ocupando un cuarto	6. \$
7. Pago de decapacidad (Indique uno) Por el estado _____ Por el empleador _____	7. \$
8. SSI/SSD	8. \$
9. Seguro de desempleo	9. \$
10. Otro	10. \$
11. Otro	11. \$
12. Otro	12. \$
TOTAL DE TODOS LOS INGRESOS MENSUALES (Sume las líneas 1 a 12)	\$

Por favor use las líneas con OTRO para indicar si Ud. recibe otros beneficios de Seguro Social, beneficios de retiro o pensión, Compensación del Trabajo, Apoyo del esposo(a) para los hijos, Cuidado de un "Foster child," beneficios para cuidar alguien en casa, becas o préstamos para la escuela, Welfare (bienestar), CalWORKS (AFDC) o cualquier apoyo o beneficios.

GASTOS MENSUALES	Cantidad Mensual
1. <input type="checkbox"/> Hipoteca o <input type="checkbox"/> Renta Equidad en su casa \$ _____ \$ _____	1. \$
2. Gas _____ Electricidad _____ Agua _____ Basura _____ Cable _____	2. \$ (total)
3. Teléfono y/o celular	3. \$
4. Comida	4. \$
5. Préstamo de Auto _____ Seguro de Auto _____ Gasolina _____	5. \$ (total)
6. Medicamentos (relacionadas solamente con el tratamiento del cáncer de seno)	6. \$
7. Pagos parciales al doctor para tratamiento del cáncer de seno	7. \$
8. Pagos para el seguro médico	8. \$
9. Otro:	9. \$
10. Otro	10. \$
TOTAL DE GASTOS MENSUALES (Sume las líneas 1- 10) Total	\$

Por favor marque este cuadro si el solicitante quiere referirse otras agencias para ayuda posible. Estas referencias pueden resultar en compartir la información del solicitante entre BCS y otras agencias. Al firmar abajo, estoy de acuerdo que la información es verdadera y correcta.

Firma de solicitante _____

Fecha _____

BREAST CANCER SOLUTIONS

Dirección para el correo: 3843 S. Bristol Street #152, Santa Ana, CA 92704-7426
Teléfono: 866.960.9222 fax: 866.781.6068 website: www.breastcancersolutions.org

AUTORIZACION DEL SOLICITANTE PARA DAR INFORMACION PRIVADA

Para:

Doctor o Grupo Médico

Dirección del
medico:

Yo, _____, viviendo en _____

por medio de esta autorización, le doy permiso para dar la información específica que piden y que yo no puedo proveer a
BCS, una organización de lucro.

Se necesita esta información para establecer los requisitos necesarios para obtener ayuda de BCS (Breast Cancer
Solutions). Yo he leído este formulario y estoy de acuerdo en su solicitud antes de firmarlo.

Nombre (en letras de molde)

Número del Seguro Social (opcional)

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Provea este formulario al doctor o a la agencia, de la cual usted solicita que le de la información a BCS.

BREAST CANCER SOLUTIONS

Dirección para el correo: 3843 S. Bristol Street #152, Santa Ana, CA 92704-7426
Teléfono: 866.960.9222 fax: 866.781.6068 website: www.breastcancersolutions.org

REPORTE DEL DOCTOR

La persona mencionada abajo ha pedido ayuda de BCS y ha dicho que no puede trabajar o no puede trabajar al nivel antes de su tratamiento. Se adjunta la autorización para dar la información.

Por favor llene este formulario y regréselo ante del _____ (fecha)

Attn: Director of Client Services
Breast Cancer Solutions
3843 S. Bristol Street #152
Santa Ana, CA 92704-7426

Teléfono: 866.960.922
Fax: 866.781.6068

SECCION I			
Nombre del paciente:			
Fecha de nacimiento del paciente:		Identificación del paciente (voluntario):	
Nombre del doctor:		Teléfono del doctor:	
Dirección del doctor:		Fax del doctor:	
SECTION II – INFORMACION DEL DOCTOR			
Diagnóstico:			
Etapa:		Grado:	
Fecha del diagnóstico:		Fecha de la última cita	
Resultados de patología pertinente (incluya una copia de los resultados de patología):			
Medicinas recetadas:			
Indique el pronóstico del paciente: <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> De cuidado <input type="checkbox"/> Otro:			
Limitaciones físicas específicas:			
¿Cuál nivel de actividad para trabajar? <input type="checkbox"/> Tiempo parcial _____ horas por semana <input type="checkbox"/> Tiempo completo			
Fecha aproximada para regresar al trabajo al nivel antes del tratamiento: _____			
Cirugías planeadas		Fecha del procedimiento	Fecha de recuperación
Otros tratamientos planeados (quimioterapia, radiación, etc.)		Fecha para comenzar	Fecha para terminar
Comentarios:			
Firma del doctor:		Fecha	