Aplicacion Financiera

Llenando completamente este formulario, Usted nos ayudará a determinar su elegibilidad para obtener nuestra ayuda o servicios e inclusive otros servicios a nivel regional o nacional.

Nosotros mantendremos su información en forma confidencial

Muchas gracias por ofrecernos sus datos correctamente, esto nos ayudará a servirle mejor!

CANCER SERVICES
Over 60 Years of Service

Fecha: _____

Primer nombre: _____ Inicial 2do. nombre: ___ Apellido: _____

Fecha nacimiento: _____

Número Telefónico: _____ ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Usted necesita darnos lo siguiente para completer esta aplicación.:

- ☐ Aplicación Financiera completa (esta forma)
- ☐ Formulario "Recibo información y Autorización de liberación de información"
- ☐ Prueba de ingresos económicos actuales en su casa (vea la lista de documentos aceptados).
- ☐ Copia (lado del frente y parte de atras) de su tarjeta de seguro de salud.
- ☐ Lista completa de sus medicamentos actuales (Incluya TODA su medicina tanto para cancer y no cancer)
- ☐ Plan de tratamiento y horario (si lo tiene disponible).

**Podemos tomar copia de estos documentos si lo necesita)*

Otros documentos que Usted debe incluir para aplicar por "Asistencia a Pacientes" o 'Programa de Asistencia y Crisis " (su Asesor de Salud le indicará si es necesario):

- ☐ Ultima copia de sus taxes
- ☐ Fotopia de su ID vigente

Documentos aceptables como prueba de ingresos economicos (Deben ser los mas recientes)

- 3 ultimos talones de cheque
- Estado de cuenta de "Social Security"
- Estado de cuenta Bancario(en caso de tener deposito directo)
- Ingreso por Desempleo
- Estado de cuenta por corto/largo plazo de incapacidad
- Ultimo año de sus taxes
- Estado de cuenta de retiro/Pensión
- Prueba de ingreso por Veteranos

Cancer Services, Inc – 3175 Maplewood Avenue – Winston-Salem, NC 27103
Phone: (336) 760-9983 Email: csi1955@CancerServicesOnline.org Online: CancerServicesOnline.org

En orden de ayudarle mucho mejor, podria explicarnos cual (es) son sus mayores necesidades financieras mas urgentes y porque?.

Informacion de Ingresos: Numero de personas que viven con Usted en su casa: _____

Por favor nombrelas:

Nombre:	Parentesco:	Edad:

Información de Medicina: Condiciones de Salud (seleccione las que apliquen)

☐ Artritis ☐ Asma ☐ COPD ☐ Diabetis ☐ Osteoporosis ☐ Condiciones del corazón
☐ Alta Presión Sanguinea ☐ Alto Nivel de Colesterol ☐ Otras (especifique) _____

Medicina de Cancer _____
_____
_____

Otra medicina (diferente a la de cancer)
_____
_____
_____
_____

Condición de Empleo y Otra Información:

Estado de empleo: ☐ tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Retirado ☐ Incapacitado(a)
☐ Desempleado(a) ☐ Otro (explique): _____
Empleador (si lo tiene): _____

Usted presentó taxes el año pasado? ☐ Si ☐ No Número Social Security: _____

Ingresos Mensuales y Gastos de la casa *Por favor anexe copia de prueba de ingresos	
Cliente Ingreso Mensual	**Esposo (a) /Otro ingreso mensual**
Manutención de hijos	Manutención de hijos
Incapacidad	Incapacidad
Empleo (por semana, mensual)	Empleo (por semana, mensual)
Ingreso por desempleo	Ingreso por desempleo
Ingreso por "Social Security"	Ingreso por "Social Security"
Jubilación	Jubilación
Ingreso por una casa rentada	Ingreso por una casa rentada
Intereses Bancarios u otras inversiones	Intereses Bancarios u otras inversiones
Estampilla por comida	Estampilla por comida
Otros ingresos	Otros ingresos
TOTAL $ 0.00	**TOTAL** $ 0.00

Gastos de Vida	Cantidad mensual	Gastos de Vida	Cantidad mensual
Renta / Mortgage		Comida	
Electricidad/Gas		Deudas	
Agua / Alcantarillado / Basura		Seguro de vida	
Teléfono casa / Celular / Cable		Seguro de Auto / Mortgage	
Cuidado de niños		Otro, Cual?	
Pago de Auto		Otro, Cual?	
Gasolina del Auto		Otro, Cual?	
Pagos por Medicina		Otro, Cual?	
Medicina – Cancer		Otro, Cual?	
Medicina – No para Cancer		Otro, Cual?	
TOTAL	$ 0.00	**TOTAL**	$ 0.00

Total Ingreso Neto Mensual (A)	$ 0.00
Total Gastos de Vida Mensual (B)	$ 0.00
Balance Neto – Superávit o (Déficit) (A – B)	