

# 1 Un Paquete de solicitud para:

**Subsidio para Asistencia Financiera de Emergencia**

**Programa de Atención Financiera contra el Cáncer**

**Solicitar para ambos al mismo tiempo**

**\*\* Por favor tenga en cuenta que su solicitud podría tomar entre 5 a 7 días hábiles para procesar. \*\***

## Requisitos para la Solicitud

- El paciente proporciona información para las secciones de Datos del Paciente, información Demográfica, Médica, del Hogar, Financiera e Información Adicional y firma la solicitud.
- Un miembro de su equipo de atención oncológica completa y firma la Sección de la Información Médica.

### COMPLETE LA SOLICITUD UTILIZANDO UN LAPICERO O UN COMPUTADOR

- Complete una copia impresa y devuélvala en persona o por correo a:  
**Angel Foundation**  
1155 Centre Pointe Dr., Ste. 7  
Mendota Heights, MN 55120
- Complete el formulario electrónicamente, seleccionando **“Guardar”** periódicamente mientras lo hace y cuando esté terminado. Devuelva el pdf por correo electrónico a **grants@mnangel.org**

# SERVICIOS FINANCIEROS

## Requisitos del Programa

### Subsidio para Asistencia Financiera de Emergencia (EFA)

EFA apoya a los pacientes adultos con cáncer aliviando algunas de sus preocupaciones financieras inmediatas. Estos subsidios financieros ayudan con las necesidades básicas no médicas.

- El paciente se encuentra actualmente bajo tratamiento para el cáncer.
- El paciente cumple con las pautas financieras establecidas por Angel Foundation.
- El paciente podría recibir un subsidio de Asistencia General.
- Los fondos del subsidio se podrían utilizar sólo para vivienda (alquiler/hipoteca), servicios públicos, tarjetas de regalo de Cub Foods o tarjetas de regalo de gasolina para vacaciones.
- Los cheques se hacen pagaderos al proveedor y se devuelven al paciente para que los envíe. Los cheques no se hacen a nombre del paciente.
- El subsidio vence después de 90 días.

### Programa de Atención Financiera Contra el Cáncer (FCC)

El Programa de Atención Financiera contra el Cáncer ayuda a los pacientes a manejar las cargas financieras a largo plazo de un diagnóstico de cáncer conectando a los pacientes con Certified Financial Planners™ (Coordinadores Financieros Certificados) para crear un plan financiero.

- El paciente ha recibido tratamiento para el cáncer en los últimos 12 meses.
- El paciente es financieramente independiente.
- El paciente no está trabajando actualmente con un Coordinador Financiero.

### Ambos Programas

- El paciente tiene 18 años de edad o más.
- El paciente tiene un diagnóstico de cáncer.
- El paciente se encuentra actualmente bajo tratamiento para el cáncer.
- El diagnóstico y el tratamiento del cáncer son verificados por un profesional de cuidados de salud en un Formulario Médico.
- El paciente está viviendo dentro o recibe tratamiento contra el cáncer dentro del área metropolitana de siete condados de Minneapolis/St. Paul: condados de Anoka, Carver, Dakota, Hennepin, Ramsey, Scott y Washington.
- El tratamiento incluye uno o más de los siguientes para ambos programas el de la EFA y el programa de la FCC, identificados por médico como **tratamiento activo contra el cáncer**:
  - Quimioterapia
  - Radiación
  - Inmunoterapia
  - Terapia Hormonal
  - Transplante de médula ósea
  - Cirugía con período de recuperación de más de cuatro semanas
  - Cuidados paliativos
  - Cuidado de Hospicio
  - Otro tratamiento por doctor

## Información del paciente



- Yo soy el paciente, aplicando por mí mismo.
- Estoy asistiendo al paciente; mi relación con el paciente es \_\_\_\_\_
- Soy un profesional de la salud oncológico que atiende al paciente.

Estoy aplicando para:  Subsidio EFA  Programa FCC  Ambos EFA y FCC

**Si está solicitando el Subsidio para Asistencia Financiera de Emergencia**, por favor díganos por qué necesita Asistencia Financiera de Emergencia.

---

---

---

---

**Si está solicitando el Programa de Atención Financiera contra el cáncer**, díganos por qué le interesa trabajar con un Coordinador Financiero Certificado™.

---

---

---

---

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje en su teléfono?

- Si
- No

¿Necesitará un interprete debido al idioma?

- Si (Idioma: \_\_\_\_\_ )
- No

Informeme sobre mi solicitud via

- Correo regular a mi dirección
- Ambos correo electrónico y correo regular

¿Podemos discutir su solicitud con alguien fuera de su equipo de atención médica?

- Si Por favor Indique el nombre (s)

---

---

---

- No

Empleador/a \_\_\_\_\_

Proveedor de Seguro Médico \_\_\_\_\_

---

## Información Demográfica



Género:

- Femenino
- Masculino
- Prefiero autodescribirme \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

Étnia: (marque todo lo que corresponda)

- Africano/a
- Indio americano o Nativo de Alaska
- Asiático/a
- Negro o afroamericano/a
- Caucásico/a
- Hispano/a
- Latino/a/x
- Medio este
- Prefiero autodescribirme \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Conviviente
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Prefiero no responder

Veterano/a Militar de los Estados Unidos:

- Si
- No
- Prefiero no responder

## Información Médica

Tipo de Diagnóstico de Cáncer \_\_\_\_\_ Estadio \_\_\_\_\_  
Nombre de la Clínica/Hospital \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Clínica/Hospital \_\_\_\_\_ Nombre del Oncólogo \_\_\_\_\_

## Información del hogar

Por favor enumere las otras personas de su hogar.

Nombre	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	Relación
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

¿Cuál es su situación de vivienda?

- Estable
- Sin Hogar
- Inestable
- Prefiero no responder

## Información Financiera

Ingreso Total Mensual del Hogar (después de impuestos) \$ \_\_\_\_\_

Activos/Bienes Estimados del Hogar (no incluye cuentas de jubilación):

Cuenta Corriente \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta de Ahorros/CD \$ \_\_\_\_\_  
Otro \$ \_\_\_\_\_  
Total de Activos/Bienes \$ \_\_\_\_\_

Declaro que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que cada solicitud se revisa en función de cada caso y la decisión final la tomará Angel Foundation.

Por la presente doy mi consentimiento para que esta solicitud y toda la información ofrecida se pueda proporcionar a Angel Foundation y discutir con mi profesional de la salud. Entiendo que toda la información revisada es confidencial.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Información Adicional

¿Cómo se enteró de la Fundación Angel?

Trabajador/a social

Navegador/a de pacientes o consejero/a

Enfermero/a

Médico/a

Amigo/a o Pariente

Internet

Otro \_\_\_\_\_

¿Podemos agregarlo a nuestra lista de correo?

Si

No

¿Estarías dispuesto a compartir su historia con nuestra comunidad?

Si *Esto no es necesario para recibir asistencia. Si elige sí, alguien de Angel Foundation puede comunicarse con usted).*

No

Indique cualquier otra cosa que le gustaría que sepamos.

---

---

---

---

---

---

---

### Importante

Parte del proceso de solicitud incluye que un miembro de su equipo de tratamiento oncológico complete el **Formulario de Información Médica**. Esta persona podría ser un trabajador social, un enfermero/a, un navegador o un médico. El Formulario de Información Médica se puede descargar de nuestro sitio web en [mnangel.org/financialassistance](http://mnangel.org/financialassistance).