



One South Memorial Drive, Suite 800
St. Louis, MO 63102
800-5-FAMILY (familias solamente)
314 241-1600
www.children-cancer.org or www.beyondthecure.org

Normas para ayuda financiera

La ayuda financiera ofrecida por la Sociedad Nacional de Niños con Cáncer (NCCS) es hecha posible por donaciones generosas. Es importante que esos fondos estén disponibles para familias que tengan una gran necesidad financiera.

Para solicitar asistencia financiera, por favor, complete la solicitud adjunta. El personal de la NCCS lo contactará luego de que su solicitud sea recibida.

1. Cualquier niño diagnosticado con cáncer dentro o antes de sus 18 años y tratado antes de sus 21 años de edad es elegible para consideración. Adultos que recaigan después de los 18 años de edad y quienes no fueron previamente asistidos no son elegidos para los servicios.
2. Los Niños deben ser ciudadanos o residentes permanentes legales de USA quienes han mantenido una residencia ininterrumpida por 12 meses sin previo historial de la enfermedad actual. Residentes no ciudadanos, solicitando asistencia, deben tener y proveer a N.C.C.S. de fotocopia (delante y detrás) de su tarjeta I551 (tarjeta verde).
3. Si una familia posee un capital líquido en exceso de \$5,000, la NCCS se reserva el derecho de pedir el desembolso de una parte o todo el capital disponible antes de aprobar la asistencia financiera.
4. Todas las secciones de la solicitud deben ser completadas con exactitud con el fin de que la organización revise el petitorio. Cualquier información incompleta o falsa será motivo para ser denegada.
5. Para la revisión de la petición de la ayuda financiera, un profesional de hospital (doctor, enfermera, o trabajador social) debe enviar una carta de confirmación. Esta puede ser enviada vía fax, correo electrónico o servicio postal y deberá incluir lo siguiente:
 - Nombre completo del niño, fecha de nacimiento, y diagnóstico.
 - Información de tratamientos anteriores.
 - Plan de tratamiento por los siguientes 60 días.
 - Otros recursos comunitarios que se estén utilizando.
6. La asistencia puede ser solicitada por hasta 60 días calendario. Al término de este tiempo, si es necesario continuar con la asistencia, se tomarán en cuenta las solicitudes escritas por un profesional del hospital. Una nueva solicitud será necesaria solamente cuando el tiempo entre las solicitudes excede un año.
7. La asistencia financiera no es retroactiva. Las solicitudes no pueden ser procesadas hasta que toda la información pertinente haya sido recibida.

Después de completar la solicitud, favor de enviarla por correo o fax a:

The National Children's Cancer Society
Patient & Family Services
One South Memorial Drive, Suite 800
St. Louis, MO 63102
Fax: 314 241-6949

Información Personal – Por favor use LETRA DE MOLDE y complete todas las secciones correctamente.

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

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

Dirección del Paciente _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

Estado civil de los padres/tutores Soltero Casado Divorciado Conviviente

Si son divorciados, ¿quién tiene la custodia del paciente? _____

Si los padres o tutores no viven en la misma casa y ambos están buscando la asistencia financiera, ambos (padres o tutores) deben llenar la solicitud.

Nombre de los Padres ó Tutores _____

Teléfono fijo # (_____) _____ Teléfono móvil # (_____) _____

Correo electrónico _____

¿La dirección es la misma que la del paciente? Sí No

Si no es así, especifique _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

¿Hablan inglés los padres o tutores? Sí No Si no es así, especifique _____

¿Cómo supo de la Sociedad Nacional de Niños con Cáncer? Profesional de hospital amigo otros

Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia (otro aparte de padres o tutores mencionados arriba)

Parentesco o relación con el paciente _____ Teléfono _____

Información Médica – Esta sección será completada por el personal del hospital (doctor, enfermera o trabajador social)

Además de completar esta sección, se requiere una carta de un trabajador social, enfermera o doctor, explicando el diagnóstico del niño, situación familiar y la asistencia requerida. Vea las normas para información necesaria.

Nombre del hospital _____ No. expediente _____

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

Localizador no. _____ Correo E _____

Dirección postal _____ Dept. _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

Médico (nombre y apellido) _____ Teléfono (____) _____

Diagnóstico _____ Si es tumor cerebral, grado del tumor _____

Fecha de diagnóstico _____ Número de recaídas _____ Fecha de la recaída _____

Otra institución envuelta en el cuidado del niño _____

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

Localizador no. _____ Correo E _____

Dirección postal _____ Dept. _____

Ciudad/Estado/C.P. _____

Ingreso Familiar y Bienes de Capital

Empleo

Padre/tutor Salario neto anual
Empleador _____ \$ _____

Teléfono # (____) _____ ¿Está el padre/tutor actualmente sin trabajo? Sí No

Madre/tutora Salario neto anual
Empleador _____ \$ _____

Teléfono # (____) _____ ¿Está la madre/tutora actualmente sin trabajo? Sí No

Otros ingresos: SSI _____ Ayuda infantil _____ TANF _____ Otro _____

Cuentas bancarias e inversiones (incluir información de transacciones bancarias para todas las cuentas).

**Para facilitar el proceso de su solicitud, por favor, incluya una copia de los últimos estados de cuentas bancarias.*

Si la familia posee un capital líquido en exceso de \$5,000, la NCCS se reserva el derecho de pedir el desembolso de una parte o todo el capital disponible antes de aprobar la asistencia financiera.

Nombre del banco _____

Cuenta corriente no. _____ Cuenta de ahorros no. _____

Cuenta corriente no. _____ Cuenta de ahorros no. _____

Nombre del banco _____

Cuenta corriente no. _____ Cuenta de ahorros no. _____

Cuenta corriente no. _____ Cuenta de ahorros no. _____

(Por favor, incluya la información de inversiones en mercado de valores, certificados de depósitos (CDs), fondos mutuos (mancomunados), acciones, y otras inversiones. No incluya IRA's, u otras cuentas de retiros (jubilación).

Tipo de cuenta _____ Tipo de cuenta _____

Fondo _____ Fondo _____

Tipo de cuenta _____ Tipo de cuenta _____

Fondo _____ Fondo _____

Recaudación de Fondos

¿Se ha recaudado dinero a nombre del solicitante? Sí No Si es así, ¿cuánto? _____

¿Cuánto hay actualmente en la cuenta? _____ ¿Existen restricciones en la cuenta? Sí No

Si es así, por favor exponga las restricciones: _____

Nombre del banco _____ Cuenta no. _____

Ayuda de otras organizaciones

Si usted solicitó o recibió asistencia económica de otra(s) organización(es), por favor, menciónela(s)

Organización _____ Tipo de asistencia _____

Organización _____ Tipo de asistencia _____

Organización _____ Tipo de asistencia _____

Información de Seguros

¿Está el paciente cubierto por aseguradora privada? Sí No

¿Está el paciente cubierto por un plan de seguro pagado por el estado (i.e. Medicaid)? Sí No

¿Cuál es el nombre del plan? _____

¿Cuál es el porcentaje que cubre? _____

Dirección de la compañía aseguradora _____

Ciudad/Estado/C.P. _____ Teléfono (____) _____

¿La aseguradora provee asistencia de alimentación, transporte o gastos de alojamiento? Sí No

¿Existe alguna aseguradora secundaria? Sí No

Si es así, ¿cuál es el nombre del plan?

¿Ha presentado la familia una solicitud para Medicaid? Sí No

Gastos no Médicos

N.C.C.S. brinda asistencia financiera para los gastos no médicos relacionados con el tratamiento del niño. Empleados de la N.C.C.S. le contactarán para determinar cómo la organización le puede dar la mejor ayuda para estos tipos de gastos.

Solicitud de Asistencia para Gastos Médicos

Para procedimientos o tratamientos negados por el hospital debido a falta de fondos

La N.C.C.S no apoya con los gastos médicos fuera de EE.UU. y/o sus territorios

Favor indique donde aplica:

Transplante de médula ósea

Búsqueda de donante

Obtención de donación

Otros procedimientos de tratamientos de cáncer Especificar: _____

Suministro de fármacos Especificar: _____

El solicitante puede ser elegido para asistencia de gastos médicos si el tratamiento ha sido denegado por el hospital a causa de bajos recursos y el tratamiento está aprobado por la FDA. La **N.C.C.S. no ayuda en gastos ya incurridos, co-pagados o deducibles**. Si solicita asistencia, por favor incluya lo siguiente con su solicitud:

1. Carta del médico, detallando el diagnóstico del niño, historial del tratamiento y el tratamiento recomendado.
2. Carta del hospital, detallando todos los costos y la posición oficial del hospital en tratar a un paciente sin los medios para pagar.
3. La carta de denegación y una copia de la póliza de la aseguradora pueden ser solicitadas si el procedimiento/tratamiento ha sido denegado por Medicaid o una empresa aseguradora privada.

***Nota: Las solicitudes para la asistencia médica pueden ser presentadas ante el Consejo Médico de la N.C.C.S. para su aprobación.**

Se puede solicitar información adicional con respecto a bienes de capital y aseguramiento.

Otros Apoyos

Por favor, verifique otros servicios que brinda la N.C.C.S. que le puedan interesar:

Ayuda en línea/tablero de mensajes

Programas educativos/materiales

Programa de sobreviviente más allá de la cura

Referir a otros recursos

Aviso Importante (por favor lea)

La N.C.C.S. es una organización caritativa dependiente de la ayuda pública. La N.C.C.S. trata de maximizar los recursos limitados disponibles. Estas pautas son una declaración de la política general de la N.C.C.S., la cual se reserva el derecho, a su sola discreción, a modificar la misma en cualquier momento y sin aviso previo.

Usted no será discriminado o denegado de ayuda por su raza, religión, color, nación de origen, sexo o filiación política.

Se revisarán todos los estudios financieros caso por caso y la última determinación se basará en otras solicitudes ya recibidas y estará sometida a la disponibilidad de fondos.

La información que usted nos entregue será tratada confidencialmente y usada solamente de manera apropiada consistente con las razones para la cual fue entregada.

Consentimiento para Liberar Información y Afirmación

Por este medio autorizo a todos los hospitales, instituciones financieras, y grupos aseguradores a proporcionar a la Asociación Nacional de Niños con Cáncer, o a su representante debidamente autorizado, cualquier información considerada necesaria para completar la investigación acerca de mi solicitud de asistencia financiera. También, autorizo por este medio a todos los hospitales, instituciones financieras, y grupos aseguradores a revelar a la N.C.C.S, o a su representante respectivamente, cualquier información o declaraciones detalladas que atañan al trasplante de médula ósea y gastos relacionados. Además autorizo a la N.C.C.S. y sus representantes a proveer tal información a esas instituciones, como sea requerido, para que asistan a nuestra familia y a nuestro niño. Todo consentimiento dado continuará hasta el tiempo que el que aquí firma proporcione aviso de terminación por escrito.

Como un incentivo a la N.C.C.S, organización no lucrativa, a apoyar a la familia en los gastos adicionales, junto con el tratamiento médico de _____ (nombre del niño), el firmante declara como sigue:

1. Los firmantes son los padres o tutores del niño.
2. El término "gastos no médicos" está entendido como los gastos razonables y necesarios incurridos por la familia o el tutor del niño arriba mencionado en conjunto con el tratamiento recibido por el niño. La asistencia financiera será proporcionada usando los fondos que serán especificados por la N.C.C.S.
3. El firmante además acuerda devolver inmediatamente los fondos no utilizados a la Asociación Nacional de Niños con Cáncer, de manera que esos fondos puedan ser utilizados por la organización para beneficio de otras familias.
4. El firmante reconoce y está de acuerdo en mantener los registros que estarán disponibles para la Asociación Nacional de Niños con Cáncer cuando sean solicitados de manera razonable, detallando los gastos realizados de los fondos otorgados por la organización.

La Asociación Nacional de Niños con Cáncer, exigirá una restitución por donaciones si ésta determina que la información dada en la solicitud es falsa.

Afirmo que he leído las normas para la asistencia financiera y declaro que la información dada en este formulario de solicitud, incluyendo documentos adjuntos, son a mi entender verdaderos y correctos.

Fecha en _____ el día _____ del mes _____ del año _____

Firma de la madre o tutor

Firma del padre o tutor

Nombre en letra de molde

Nombre en letra de molde

Número de seguro social

Número de seguro social

Testigo _____

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA USO DE MATERIAL EN MEDIOS PUBLICITARIOS

Por este medio doy mi permiso a la Asociación Nacional de Niños con Cáncer y/o sus representantes a utilizar fotografías, grabaciones de audio o video de mi niño(a) o de mi mismo, y a usar nuestros nombres, imágenes o grabaciones de audio en publicaciones, diapositivas, videos o en Internet.

Entiendo que estas imágenes o grabaciones de voces serán usadas para informar a familias, voluntarios, medios publicitarios y público en general acerca de los programas, servicios y actividades de la N.C.C.S.

Estoy satisfecho de otorgar mi autorización como apoyo a los esfuerzos de la Asociación Nacional de Niños con Cáncer. Entiendo que esta autorización continuará hasta el terminó que por escrito presente.

Firmar el documento de autorización de material para medios publicitarios no es un requisito para recibir la ayuda que otorga la Asociación Nacional de Niños con Cáncer.

Nombre del niño: _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Dirección _____

Teléfono (____) _____

Nota: Esta solicitud es para efectos informativos solamente. La Asociación Nacional de Niños con Cáncer no cuenta con personal bilingüe que habla español. Se pide a los padres o tutores que se comuniquen con el trabajador social del hospital con cualquier pregunta.