

El Fondo para Asistencia Familiar de SCCA se estableció y se mantiene por medio de dadas y continuas donaciones de individuos y grupos comunitarios que desean ayudar a las familias durante su tratamiento contra el cáncer en Seattle. Se concede ayuda a los pacientes y familias con necesidades económicas críticas provocadas por el tratamiento.

Requisitos para la elegibilidad:

1. El paciente debe ser un paciente activo de SCCA con múltiples citas mensuales.
2. El paciente debe completar una solicitud del Fondo para Asistencia Familiar, incluida la documentación de respaldo.
3. El paciente o un familiar debe hablar con un trabajador social o asistente de pacientes de SCCA, y él o ella debe concluir que el paciente está enterado de todos los demás recursos.
4. El paciente debe demostrar necesidad que será verificada en la solicitud.
5. El paciente debe demostrar que él/ella se ha esforzado por ajustar el gasto familiar a fin de contribuir con los gastos y que ha iniciado el proceso de liquidación de ahorros, artículos de lujo y pensiones/inversiones.

Requisitos de asistencia temporal con el alojamiento:

1. El médico debe determinar que por razones médicas es necesario que se mude temporalmente.
2. El paciente debe tener su residencia principal fuera de los límites de la ciudad de Seattle.
3. El alojamiento para los cuidadores se incluye *sólo* mientras el paciente está en el hospital y no está usando la habitación y se limita a siete noches (sobre la base de los beneficios del Departamento de Salud y Servicios Sociales y en exceso a estos beneficios).

Límites y condiciones:

1. Los fondos son limitados; no se garantiza la aprobación; el monto otorgado puede ser inferior al monto solicitado.
2. Los fondos están destinados a cubrir gastos extraordinarios, no médicos que se han incurrido como resultado de un tratamiento (por ejemplo, el transporte).
3. Los fondos no están destinados a ser un sustituto de los ingresos y tienen límites máximos monetarios y de tiempo.
4. El Fondo para Asistencia Familiar NO ayuda con los siguientes gastos:
 - Cuentas médicas
 - Cuentas de la farmacia, copagos, etc.
 - Pagos de hipoteca o departamentos de 2 habitaciones
 - Pagos de vehículos de lujo o para uso recreativo
 - Atención de enfermería especializada
 - Banca reproductiva

Documentación requerida:

Usted debe proporcionar lo siguiente:

- Comprobante de ingresos de los últimos 3 meses (por ejemplo, carta de adjudicación de incapacidad, talón de pago)
- Estados bancarios de los últimos 3 meses
- Es posible que le pidan documentación sobre su jubilación/inversiones si indica que no puede retirar fondos de esas fuentes.

**SOLICITUD PARA ASISTENCIA FAMILIAR
DE SCCA CONFIDENCIAL**

1st SCCA Appt. Date: _____
Diagnosis: _____
Treatment: _____
Team or Clinic: _____

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ U # _____ F.D.N.: ____ / ____ / ____

Dirección permanente: _____

Dirección temporal: _____

Residencia: () _____ Celular: () _____

Correo electrónico: _____

Fecha de la próxima cita en SCCA _____ Duración prevista del tratamiento: _____

Dependientes (nombres y edades):

Si se mudó temporalmente, por favor indique quiénes estarán en Seattle con usted:

B. HISTORIAL DE TRABAJO DEL PACIENTE

¿El paciente ha trabajado en el último año? SÍ - Última fecha en que trabajó _____ NO

¿El paciente tiene permiso de ausencia del trabajo? SÍ NO

Ausencia remunerada/no remunerada: Remunerada No remunerada

Ingreso mensual neto: _____ Empleador: _____

Si no está trabajando, ¿le pusieron condiciones al permiso de ausencia? Si es así, por favor explique:

C. OTRAS FUENTES DE INGRESOS EN EL HOGAR

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

¿Esta persona está trabajando actualmente? SÍ NO - Última fecha en que trabajó _____

¿Tiene esta persona permiso de ausencia del trabajo? SÍ NO

Ausencia remunerada/no remunerada: Remunerada No remunerada

Si no está trabajando, ¿le pusieron condiciones al permiso de ausencia? Si es así, por favor explique:

D. SEGURO

Seguro médico primario: _____ Seguro médico secundario: _____

Porcentaje de cobertura del seguro: _____%

¿Su seguro médico incluye pago de viáticos o alojamiento? NO SÍ - Cantidad _____

E. HOJA PARA CÁLCULOS FINANCIEROS

Tipo de ingreso	Cantidad neta mensual	Observaciones
Empleo - paciente		
Empleo - cónyuge/pareja/cohabitante		
Empleo - padres/tutores legales		
Empleo - otra persona que vive en el hogar		
Seguro Social por Discapacidad (SSD) - paciente		
Seguro Social por Discapacidad - otra persona que vive en el hogar		
Cupones para alimentos		
Pensión alimenticia o manutención de menores		
Pensión/anualidad		
Otro (especifique):		
INGRESO CORRIENTE TOTAL =		

Ahorros/activos	Cantidades	Observaciones
Cuenta de cheques y ahorros		
Acciones/bonos/fondos mutuos		
Donaciones/herencia/dividendos del estado/recaudación de fondos		
IRA/401K/jubilación		
Ingresos de dividendos/intereses		
TOTAL ACTIVO CIRCULANTE =		

Tipo de gasto	Adeudo mensual promedio	Observaciones
Vivienda permanente - Hipoteca/alquiler		
Vivienda permanente - Servicios básicos		
Vivienda permanente - TV/cable/internet		
<i>Alojamiento temporal - Renta</i>		
<i>Alojamiento temporal - Servicios básicos</i>		
<i>Alojamiento temporal - TV/cable/internet</i>		
Teléfono		
Alimentos (promedio para toda la familia)		
Gasolina y estacionamientos		
Taxis/transporte público		
Pagos de vehículos		
Pagos de otros préstamos		
Primas de COBRA/seguro médico		
Copagos/deducibles		
Seguro de automóvil		
Guardería y cuidado infantil		
Costos escolares		
Otro (especifique)		
TOTAL DE GASTOS MENSUALES =		
- (Menos) = INGRESOS CORRIENTES =		
CANTIDAD DISPONIBLE \$ =		

F. NECESIDAD ECONÓMICA DEL PACIENTE

DECLARACIÓN DE NECESIDAD DEL PACIENTE

Explíquenos su necesidad económica. Por favor, incluya cualquier información que considere que debemos conocer y que no está incluida en esta solicitud (puede utilizar hojas adicionales). No es necesario escribir mucho – **de hecho, no es necesario que escriba nada** – pero su voluntad de hacerlo sería muy útil.

TIPO DE ASISTENCIA

Marque la casilla junto a cada tipo de asistencia que es de mayor necesidad en su hogar. Puede marcar más de uno, pero posiblemente no reciba todo.

[] **ALIMENTOS** para el paciente y/o las personas que lo cuidan

- ¿Para cuántas personas? _____
- Comentarios: _____

[] **TRANSPORTE TERRESTRE** para el paciente y/o las personas que lo cuidan

- Viaje de ida y vuelta aproximado a SCCA: Cant. de millas _____
- Estacionamiento \$ _____ por mes
- Comentarios: _____

[] **ALOJAMIENTO TEMPORAL** para el paciente y/o las personas que lo cuidan

- Pago mensual \$ _____
- Comentarios: _____

[] **PRIMAS DE SEGUROS** para el paciente

- Pago mensual \$ _____
- Comentarios: _____

[] **OTRO:** _____

- Comentarios: _____

CANTIDAD DE ASISTENCIA

De sus gastos mensuales totales, ¿cuánto pueden cubrir ustedes? \$ _____

De sus gastos mensuales totales, ¿cuánto necesitan en asistencia adicional por mes?\$ _____

G. VERIFICACIÓN

1. A mi mejor saber y entender, la información proporcionada en este formulario es correcta
..... [] Sí [] No
2. Doy mi consentimiento para la verificación de esta información, según sea necesario.
..... [] Sí [] No
3. Entiendo que si se determina que la información es falsa, engañosa o, incompleta, me negarán la asistencia [] Sí [] No
4. He leído y entendido los requisitos de elegibilidad de para el Fondo para Asistencia Familiar
..... [] Sí [] No
5. He examinado cuidadosamente mi situación económica y he empezado a convertir en efectivo mis ahorros y artículos de lujo y he ajustado los gastos de la familia para ayudar con mis gastos
..... [] Sí [] No
6. He investigado o estoy en el proceso de solicitar asistencia a las agencias indicadas a continuación y puedo proporcionar copias de todas las aceptaciones/rechazos, si las desean [] Sí [] No

- Asistencia del Estado, Departamento de Servicios Sociales y de Salud para cobertura médica, dinero en efectivo, cupones para alimentos, etc.

Aprobado Denegado En trámite N/C

- Seguro Social/discapacidad

Aprobado Denegado En trámite N/C

- Otro (indique)

Aprobado Denegado En trámite N/C

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____ Relación con el paciente _____

Por favor entregue la solicitud completada a su trabajador social, asistente de pacientes o la oficina de Servicios para la Familia del Paciente en el 1^{er} piso. Si usted está solicitando con antelación a su llegada, envíe la solicitud y la documentación a: housing@seattlecca.org o por FAX: 206-288-1077

FOR OFFICE USE ONLY	Pt Arrival/Tx Date:
Support Recommended:	Funding Support Approved? Y/N
Monthly Gross Income \$	Patient Participation \$
Useable Assets \$	Weekly \$
Monthly Home Expenses \$	Monthly \$ /
Monthly Seattle Expenses \$	Beginning:
Income Available	Date Notified Patient/Family:

----For Office Use Only----

SOCIAL WORKER/ PATIENT NAVIGATOR STATEMENT

(Completed by SCCA Social Worker or Patient Navigator)

Patient Name: _____ U Number: _____

Team/Clinic: _____ Social Worker or Navigator: _____

1. Describe any circumstances not apparent or previously described in the application.

2. Describe the type and amount of financial assistance that would help the patient the most based upon your assessment.

3. Briefly outline treatment plan; what plan, how long need to relocate here? How long tx to last?

Please identify any funds patient has or is currently receiving:

Leukemia & Lymphoma Society \$ _____

LLS Co-Pay \$ _____

Lymphoma Res Foundation \$ _____

Ntl Marrow Donor \$ _____

Bone Marrow Foundation \$ _____

Cancer Care \$ _____

Cancer Lifeline \$ _____

Life Beyond CA \$ _____

Team Continuum \$ _____

21st Century Care _____

Rick Pankow Foundation \$ _____

Lazarex Foundation (Clin Trial) \$ _____

Komen \$ _____

SCCA Women's Center Cards \$ _____

Kristy Lasch Miracle Foundation \$ _____

NW Sarcoma Foundation \$ _____

Colon Cancer Alliance-Blue Note Fund \$ _____

Pediatric: NCCS \$ _____

Candlelighters \$ _____

Kyle Chavat Found. (18-25) \$ _____

JensThank You Alliance (15-39) \$ _____

The Sam Fund (17-35) \$ _____

Brenda Mehling CA Fund (18-40) \$ _____

We Believe Found. (15-29) \$ _____

FundRaising \$ _____

Food Stamps \$ _____

DSHS Cash Assist \$ _____

DSHS Gas, Parking Reimb \$ _____

METRO Access

Senior Services

Other _____
