



Cancer Alliance of Naples
3384 Woods Edge Cir. Ste. 102
Bonita Springs, FL 34134
Telefono: (239) 643-4673
Fax: (239) 643-4616

Fecha: ____/____/____

CAN Solicitud de CAN para ayuda benéfica

Sección 1: Información del Paciente

Nombre del solicitante: _____

Nombre del cónyuge/persona que lo(a) cuida: _____

Niños que viven en casa (nombre y edad): _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono (Casa) _____ (Celular) _____

Dirección de correo electrónico _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de licencia de conducir _____ Estado _____ Fecha de vencimiento _____

Nombre del propietario de la vivienda _____ Teléfono _____

Dirección del propietario de la vivienda _____

Es necesario proveer la siguiente información (en cursiva) para CAN cuando solicita subvenciones del gobierno, sector privado y otras organizaciones sin fines de lucro. Estos datos nos permiten proporcionar asistencia financiera a nuestros beneficiarios. Por favor circule las respuestas que mejor le describa:

Grupo de edad: Niños-menores de 5 5-12 años 13-17 años 18-29 años 30-64 años 65 o más años

Sexo: Hombre Mujer Raza: Blanco Negro Otro _____

Origen étnico: Hispano Otras Minorías Étnicas _____ Veterano(a) de guerra? _____

Nivel de ingresos: Por debajo del nivel oficial de Pobreza Al nivel oficial de pobreza Ingresos medios

Fecha del Diagnóstico: ____/____/____ Tipo de Cáncer _____ Etapa _____

Médico tratante _____ Teléfono: _____

¿Tiene Ud. seguro Médico? Sí o No (por favor circule)

Si la respuesta es sí, Nombre de la Compañía de Seguro _____

Si usted se encuentra en cuidados terminales, por favor nombre la agencia _____

Nombre Trabajador(a) Social _____ Teléfono _____

Por favor hacer una lista de otras organizaciones que ha contactado para solicitar ayuda financiera (Servicios Sociales, Caridades Católicas, etc.).

Agencia	Persona de Contacto	Fecha de Contacto	Beneficios recibidos
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Referencias personales	Relación	Años de conocerlo(a)	Número de teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sección 2: Información Financiera

Ha aplicado para:

- Medicaid Fecha? _____ Aprobado? _____ Cantidad? _____
- Estampillas de Comida Fecha? _____ Aprobado? _____ Cantidad? _____
- Ingresos complementarios de Seguro Social Fecha? _____ Aprobado? _____ Cantidad? _____
- Incapacidad del Seguridad Social Fecha? _____ Aprobado? _____ Cantidad? _____
- Programa de Compasión de medicamentos Fecha? _____ Aprobado? _____ Cantidad? _____
- Cancer Alliance of Naples Fecha? _____ Aprobado? _____ Cantidad? _____

Gastos mensuales de la Familia	Cantidad	Los bienes de la Familia	Cantidad
Alquiler/Hipoteca	\$ _____	Corriente	\$ _____
Teléfono	\$ _____	Ahorros	\$ _____
Electricidad	\$ _____	Dinero en bolsa o a plazo fijo	\$ _____
Agua	\$ _____	Acciones	\$ _____
Préstamo del Auto	\$ _____	Bonos	\$ _____
Seguro de Auto	\$ _____	Otros (especificar)	\$ _____
Costo de Gasolina (por mes)	\$ _____		
Alimentos	\$ _____		
Seguro Médico	\$ _____		
Facturas médicas	\$ _____		
Tarjetas de Credito	\$ _____		
Otros (especificar)	\$ _____		
Total, gastos mensuales	\$ _____	Total, de los bienes	\$ _____

Número de personas en la familia? _____ Mascotas? _____

Información de Ingresos:

Ingresos individuales \$ _____ Ingreso mensual del cónyuge \$ _____

Jubilación/Pensión \$ _____ Manutención/Alimonia Infantil \$ _____

Intereses y Dividendos \$ _____ Otras fuentes de ingresos \$ _____

Empleador del Aplicante _____ Número de Contacto del Empleador _____

Empleador del Cónyuge _____ Número de Contacto del Empleador del Cónyuge _____

Cualquier otra propiedad/terreno adicional de su nombre? _____ Dirección _____

La sección 3: Liberación de Información Financiera

Usted ha solicitado la ayuda financiera de Cancer Alliance of Naples, Inc. Firmando este documento, usted certifica que por este medio la información incluida es verdadera y correcta al mejor de su conocimiento. Su firma autoriza que CAN puede utilizar su nombre y diagnóstico para obtener subvenciones y hacer cualquier tipo de consulta necesaria para confirmar información financiera proveída, incluyendo, pero no limitado a obtener informes de crédito como verificación.

El pago es dependiendo a la disponibilidad de fondos. Las subvenciones son concedidas sin distinción de raza, origen nacional, sexo, u orientación sexual, y puede ser suspendida en cualquier momento debido a la falta de fondos.

El firmante abajo acepta que esta aplicación es verdadera y correcta y es de la propiedad de Cancer Alliance of Naples, Inc.

La Firma del Beneficiario _____ Fecha ____/____/____

(Si es menor de 18 años firma del padre, madre o tutor legal del beneficiario)

Relación con el menor _____

Por favor, adjuntar copias de los siguientes:

- **Prueba de residencia que vivió en el Condado de Collier o Lee por 1 (uno) o más años (contrato de arrendamiento, escritura, devolución de impuestos).**
- **Copia de la licencia de conducir u otro documento de identidad con fotografía.**
- **Prueba de ingresos.**
- **IMPORTANTE: Proveer forma de verificación del médico a su oncólogo para ser firmada. El médico enviará por fax el formulario a la oficina: (239)643-4616. La Asistencia financiera No será posible sin una verificación del médico.**

Por favor, déjenos saber cómo supo usted de CAN:

Sólo para uso de la oficina:

Este documento se firmó en presencia de _____, Un funcionario, director, o director Ejecutivo de la Oficina de CAN.

Firma _____ Posición _____

Fecha _____ Archivo # _____ Rechazado / Razón _____