



Programa local de caridad en Tulsa

“Ayudando a Pacientes en su Jornada de Recuperación”

Formulario de solicitud de ayuda

Revisado 11.15

BCAP Mision:

Para asistir a pacientes que estén en tratamientos de cáncer, proporcionando asistencia financiera temporal para necesidades básicas como la renta/ hipoteca para pago de la casa o para los servicios públicos.

La base financiera de esta ayuda proviene de donaciones corporativas, de donaciones privadas, de recaudación de fondos por medio de actividades para la causa.

Los pacientes son escogidos a través de un proceso acuerdo a sus necesidades específicas. Cuando la ayuda es aprobada, la ayuda monetaria se envía directamente al proveedor o suministrador de las necesidades identificadas con base a la disponibilidad de fondos.

Nuestra meta es ayudar a pacientes para que ganen la batalla contra el cáncer de mama. Disminuyendo las presiones financieras por necesidades básicas de la familia, y así los pacientes de cáncer de seno pueden dirigir su energía de manera más efectiva al proceso de curación.

Políticas y Guía de Elegibilidad de la Ayuda:

(Estas directrices son analizadas y revisadas anualmente por nuestro Comité de Candidatos y la Junta Directiva.) Nuestro objetivo en Tulsa es ayudar a la mayor cantidad de pacientes con cáncer de mama que sea posible. Para asegurarnos de esto hemos establecido ciertas políticas y directrices.

Requisitos Generales:

1. Ser resident de Greater Tulsa, (condados Adair, Cherokee, Craig, Creek, Delaware, Kay, Mayes, Muskogee, Nowata, Okmulgee, Osage, Ottawa, Pawnee, Rogers, Tulsa, Wagoner and Washington).
2. Deben estar en tratamiento para el cáncer de seno. Tratamientos definidos como Quimioterapia, Radiación, Cirugía o dentro de los 90 días desde el día de cirugía. (El formulario de Confirmación del Diagnostico debe ser llenado y firmado por el paciente y el Doctor que está suministrando el tratamiento).
3. Las solicitudes serán revisadas por BCAP's Comité de Candidatos y deben ser aprobadas por la Junta Directiva.
4. La aspirante pueden volver a aplicar para la ayuda a los 90 días desde la fecha de notificación. Si es negada la ayuda, el paciente puede volver a aplicar después de 30 días desde la fecha de la carta de notificación. Contacte a BCAP para volver a aplicar.

Procedimiento para solicitar ayuda:

1. Complete y presente la solicitud de ayuda y todos los anexos requeridos. Las solicitudes no se consideran completas y revisadas hasta cuando **TODA** la documentación requerida sea recibida o se entregue una explicación de por qué falta el documento.
2. Complete la parte del paciente del formulario de confirmación del diagnóstico y presente a la oficina actual de su médico tratante. El doctor enviará el formulario de confirmación de Diagnóstico directamente a BCAP.
3. El Comité de Candidatos revisará toda la solicitud para la asistencia y la junta directiva hará la selección final basada en la disponibilidad de fondos.
4. Los solicitantes seleccionados serán notificados dentro de los 10 días una vez aprobada la ayuda.
5. Las solicitudes solo se aceptarán las recibidas por **CORREO**. Por favor envíela a
P. O. Box 470065, Tulsa, OK 74147

LISTA DE REQUISITOS

	Complete el formulario de solicitud
	Copia del contrato de renta o la hipoteca del inmueble
	Copia de los recibos recientes de los Servicios
	Copia de recibo de salario del Paciente y del Esposo/pareja o compañero
	Extractos bancarios de los últimos 3 meses de cuenta corriente o de ahorros
	Firme y Complete la Información de Protección de la salud
	ENVIE POR CORREO La Solicitud o formulario y los Documentos
	Verifique que el Doctor ha sido enviado por Fax el formulario de confirmación del diagnóstico.

Siéntase cómodo tachando el número de la cuenta en los extractos bancarios. El nombre debe estar visible.

Necesitamos ver los números de las cuentas en los recibos de pago de los servicios públicos presentados. Adicionalmente, la dirección y el nombre deben estar visibles.



Programa local de caridad en Tulsa

Aplicación para Pedir Ayuda

Fecha ____/____/____

Nombre y Apellido de la Solicitante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección de Correo _____ County _____

Correo electrónico del aplicante _____

Número de Teléfono de Casa _____ Número de Celular _____ Otro Teléfono _____

Esta Empleada? Si o No Dónde? _____ No. de Horas de trabajo a la semana _____

Salario de la Solicitante por mes _____ (Salario, Inversiones, Seguro Social, Desempleo)

Otro Ingreso monetario Recibido? Si o No De dónde proviene? _____Cuál es la cantidad? _____

Número de Adultos que viven en casa: _____ Quienes son: _____

Número de Niños que viven en casa: _____ Edades y Sexo _____

Otras Personas que Viven con Usted? _____

Cuentas de Chequera? Si o No Cuántas? _____ Cuánto dinero? _____

Cuentas de Ahorros? Si o No Cuántas? _____ Cuánto dinero? _____

Persona para Contactar: (Que no sea la paciente) _____

Dirección de Correo: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____ Otro Teléfono: _____

BCAP recopila esta información en cumplimiento de las normas federales que requieren BCAP proporcionar esta información al solicitar fondos de subvención para ayudar en el esfuerzo continuo de seguimiento de diagnóstico entre los grupos étnicos y aumentar la concientización y la educación. BCAP no utiliza esta información para tomar decisiones acerca de la asistencia financiera a nuestros pacientes. BCAP se enorgullece de la diversidad y de la inclusión, y seguirá ayudando a todos los pacientes que califican. **(Usted no está obligado a responder a estas preguntas)**

- Blanco no hispano
- Negro no hispano
- Hispana
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Isleño asiático o del Pacífico

****Nombre de la Compañía del pago de la Casa/Arrendador** _____

Dirección _____ Ciudad & Estado _____ Zip _____

Cuánto paga por el lugar dónde vive o cuánto es la Renta _____ No. de pagos pasados _____

Número de Cuenta _____ Número de Teléfono _____

****Nombre de la Compañía de la Electricidad** _____ Cantidad de pagos pasado _____

Dirección _____ Ciudad & Estado _____ Zip _____

Número de Cuenta _____ Número de Teléfono _____

****Nombre de la Compañía Gas** _____ Cuenta de pago pasado _____

Dirección _____ Ciudad & Estado _____ Zip _____

Número de Cuenta _____ Número de Teléfono _____

****Nombre de la Compañía de Agua** _____ Cuenta de pago pasado _____

Dirección _____ Ciudad & Estado _____ Zip _____

Número de Cuenta _____ Número de Teléfono _____

****Adjunte copias de recibos de pago anteriores de la hipoteca o del arriendo, la electricidad, el gas y el agua.**

Si usted es seleccionada para recibir esta ayuda indique como le gustaría que se distribuya el pago.
(la hipoteca o el arriendo, la electricidad, el gas, del agua).

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

Por favor incluya una corta descripción de su situación personal. Incluya la información que crea pertinente para la aplicación y el por qué necesita la ayuda.

Como supo de BCAP? _____

Por favor anexe los siguientes documentos:

- Copia de recibo del sueldo (de la Paciente and esposo /o pareja)
- Copia del extracto bancario / ahorros de los 3 últimos meses.

Entiendo que este Aplicación no puede ser revisada hasta que todos los documentos requeridos sean enviados a la dirección que esta al final de esta Solicitud.

Firmando abajo, estoy de acuerdo que la información adjunta arriba es cierta en lo que a mí respecta. Entiendo también que mi nombre la información personal y financiera permanecerá confidencial a no ser que yo autorice.

Firma de la Apicante: _____ Date ____/____/____



Programa local de caridad en Tulsa

Formulario Confirmación del Diagnostico

Nombre de la Aplicante: _____

Dirección de Correo Completa: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo por este medio autorizo al Dr /Dra: _____ (Nombre del Doctor que la está dando el tratamiento) que comparta con B.C.A.P mi diagnóstico y pronóstico médico, cirugías y tratamientos actuales.

Yo lo autorizo para que hable con B.C.A.P de cualquier información respecto a mi condición médica o del tratamiento y cualquier información confidencial respecto a mi situación financiera. Yo entiendo que el propósito de compartir esta información confidencial es para el uso de la aplicación pendiente para asistencia de ayuda financiera de B.C.A.P. Yo entiendo que mi nombre, mi información médica y financiera será mantenida confidencial a no ser que yo lo autorice de otra manera. Esta aplicación expira en un año después de la firma y fecha abajo.

Firma de la aplicante: _____ Fecha ____/____/____

La paciente completa la parte de arriba y se lo da al Doctor que la está tratando.

El Doctor complete la parte de abajo y lo envía via Fax a BCAP at 918-932-2908

Type of Cancer: _____

Date of Initial Breast Cancer Diagnosis ____/____/____/ Date of Surgery ____/____/____

Chemo Start Date ____/____/____ Chemo End Date ____/____/____/

Radiation Start Date ____/____/____ Radiation End Date ____/____/____

Treating Physician Name: _____

Complete Address: _____

Phone Number: _____

Physician Signature: _____ Date ____/____/____



A local charity serving Greater Tulsa

Authorization for the Use or Disclosure of Protected Health Information

I, *(patient name)* _____ hereby authorize BCAP to use or disclose Protected Health Information in the following manner:

Release to _____
(Name of entity to receive information)

The following Protected Health Information _____

(Describe the information to be used or disclosed, including descriptors such as date of service, type of service, level of detail to be released or other specific information)

The Protected Health Information is being used or disclosed for the following purpose(s): _____

(List specific purposes for the Protected Health Information)

This authorization is in full force and effect until (date) _____ or (event that relates to patient or disclosure) _____ at which time this authorization to use or disclose

Protected Health Information expires.

I understand that I have the right to revoke this authorization in writing by sending notification to BCAP, P.O. Box 470065, Tulsa, Oklahoma, 74147.

I understand when I revoke this authorization, it is not effective if BCAP has already relied on the authorized use or disclose of the Protected Health Information.

I also understand Protected Health Information released prior to this authorization may be re-disclosed by the party who received that information and may no longer be protected by federal or state law.

I understand I have the following rights:

- To inspect or copy the Protected Health Information to be used or disclosed
- To refuse to sign this authorization

Signature

Date

(Patient or Personal Representative)

Printed Name of Patient or Personal Representative and Description of Personal Representative's Authority