

MEDICAL VERIFICATION FORM — TO BE COMPLETED BY REFERRING PROFESSIONAL

Answer each question completely. Print clearly and use dark ink.

Do not use abbreviations or codes for diagnosis and treatment.

Parent/Guardian name (if patient is under 18):		
Cancer diagnosis:	Stage:	Date of diagnosis:
Describe current treatment:		Name of physician:
Surgery <input type="checkbox"/>	Date of Surgery:	
Chemotherapy <input type="checkbox"/>	Begin date:	Anticipated end date:
Chemotherapy Agent(s)		
Radiation <input type="checkbox"/>	Begin date:	Anticipated end date:
Hormone <input type="checkbox"/>	Begin date:	Anticipated end date:
Has the patient applied to RMCA or Ray of Hope (formerly The Raymond Wentz Foundation) before? YES NO		
If yes, which organization and when?		
Is patient currently able to work? YES NO		If no, what date will patient return to work?
Is patient disabled? YES NO		Date of disability:
Patient insurance status: Private insurance <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Uninsured <input type="checkbox"/> Underinsured <input type="checkbox"/>		
What are patient's financial needs: <input type="checkbox"/> Utilities <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Rent		
<input type="checkbox"/> Mortgage <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Transportation <input type="checkbox"/> Financial Assistance		
For the application to be eligible, we must have the following contact information		
Name of referring professional (health care professional completing form):		
Facility Name:		Address:
City:	State:	ZIP:
Phone: ()		E-mail:
Do you have any reservations concerning this patient's request for financial assistance? YES NO		
Referring professional's summary regarding patient and their household's financial situation: (This is required, please include as attachment as needed)		
Must be signed by referring professional (case worker, patient navigator, social worker, nurse, physician)		
My signature below affirms the diagnosis and treatment information as described on this page.		
Signature:		Date:

DATOS PERSONALES – DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION(o el padre(s)/guardián legal si el paciente es menor de 18 años)

Conteste completamente cada pregunta. Escriba claramente en letra imprenta y use tinta oscura.

Nombre del paciente o padre(s)/guardián legal (si paciente es menor de 18):								
Fecha de nacimiento del paciente:					Edad:			
Dirección:					Apt. #:			
Ciudad:			Estado:		Código postal:		Condado:	
Teléfono	Casa ()		Trabajo ()		Celular ()			
Correo electrónico:								
Contacto adicional:								
Información del contacto:								
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a								
Identificación de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Genero no confirmado <input type="checkbox"/> Otro								
<i>Estas preguntas son opcionales y sus repuestas son confidenciales. Esta información es usada solo como un reporte general y es anonima para ayudar a los defensores a un mejor entendimiento de las desigualdades de salud en grupos desatendidos.</i>								
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro								
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Afro-Americano o Negro <input type="checkbox"/> Asiático o Isleños del pacifico <input type="checkbox"/> Blanco – no Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Otro:								
¿Cómo, cuando y donde es más fácil para contactarlo(a)?								
Idioma Preferido:								
Estado del trabajo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Trabajador/a independiente <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Deshabilitado/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Veterano/a								
¿Si esta empleado/a o deshabilitado/a, quien es/era su empleador?								
¿Cuánto tiempo ha trabajado para su empleador?								
¿Qué tipo de trabajo hace/hizo usted?								
¿Después de estar recuperado/a, puede usted regresar a trabajar para su empleador? SI NO								
¿Su esposo/ao pareja trabaja? SI NO				¿Tipo de trabajo?				
¿Cuál es el nombre del empleador de su esposo/a o pareja?								
Enliste los nombres de todas las personas que viven en su casa								
Nombre(s):		Relación:		Edad	Empleo (de adultos mayores de 18)			
				Tiempo completo	Medio tiempo	Deshabilitado/a	Jubilado/a	Desempleado/a
Comentarios adicionales: (Explique si está desempleado/a o en otra situación)								

INGRESOS Y ACTIVOS— DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION

Cuéntenos acerca de los ingresos de su hogar. Por favor reporte las ganancias completas (antes de impuestos u otras deducciones).

Ajunte copias de su prueba de ingresos familiar (talones de cheques, seguro social, pensión etc.)

Ingresos	Cantidad mensual	Fecha de inicio <i>(fecha en que usted comenzó a recibir estos ingresos)</i>	Fecha final <i>(fecha en la que terminó de recibir estos ingresos)</i>
1) Entrada de dinero mensual	\$		
2) Entrada de dinero mensual de su esposo/a	\$		
3) Entrada de dinero mensual de otros miembros de la familia	\$		
4) Pagos de discapacidades mensuales:			
a) Pago por enfermedad	\$		
b) Seguro de discapacidad de su empleador	\$		
c) Compensación del trabajador	\$		
d) Cualquier seguro de discapacidad personal	\$		
e) Subsidio de la Administración de Veteranos	\$		
f) Discapacidad de Seguro Social - SSI o SSDI <i>(escoja una)</i>	\$		
5) Subsidio de Jubilación del Seguro Social	\$		
6) Ingresos por jubilación o pensión, 401-K o IRA	\$		
7) Pensión para los niños	\$		
8) Pensión de esposo/a	\$		
9) Asistencia pública	\$		
10) Estampillas de comida	\$		
11) Otros ingresos <i>(desempleado o otro tipo de ingreso)</i> Describe:	\$		
12) Contribuciones económicas de familia y amigos	\$		
Total de los ingresos mensuales	\$		
Activos	Valor Actual	Préstamo Actual	
1) ¿Usted es dueño o está comprando una casa? Si No	\$	\$	
2) ¿Usted es dueño o está comprando un carro? Si No	\$	\$	
3) ¿Usted es dueño o está comprando otro carro? SiNo	\$	\$	
4) Balance de la cuenta de cheques: \$		Nombre del banco:	
5) Balance de la cuenta de ahorros: \$		Nombre del banco:	
Por favor escoja su respuesta sí o no. Si su respuesta es afirmativa, incluya valor actual, el préstamo y el ingreso	Valor Actual	Préstamo Actual	Ingresos
6) ¿Usted es dueño de una negocio o alguna parte de un negocio?*	\$	\$	\$
7) ¿Usted tiene alguna inversión, acciones o bonos?*	\$	\$	\$
8) ¿Usted tiene alguna propiedad que alquila?*	\$	\$	\$
9) ¿Usted es dueño de alguna otra propiedad de bienes raíces?*	\$	\$	\$
10) ¿Usted tiene alguna inversión que le paga intereses anuales?*	\$	\$	\$
11) ¿Usted posee un seguro de vida con un "valor efectivo"?*	\$	\$	\$
12) ¿Usted tiene otros activos adicionales?*	\$	\$	\$

***Nota: Si contesto “si” a la pregunta #6, por favor incluya una copia del balance actual de su empresa. Si contesto “si” a preguntas #6-12 por favor incluya una copia corriente de su declaración de los impuestos.**

GASTOS— DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION

Priorice sus gastos en la columna “orden de prioridad”, #1 para el gasto más importante.

Por favor enliste todos sus gastos de hogar en esta página para que tengamos una idea de su situación financiera. **La información completa y exacta nos ayudará a ayudarle.**

Gastos mensuales				
Gasto	Cantidad de pago	¿Con que frecuencia?	Balance total	Orden de prioridad
Renta o Hipoteca →Pago dirigido a: _____	\$			
2) Pagos de HOA (asociación de dueño)	\$			
3) Utilidades (electricidad, gas, agua, servicio de basura)	\$			
4) Gasto mensual de comida*: \$200/m x # en la casa =	\$			
5) Cuidado de los niños/Pensión de niños	\$			
6) Cuidado de animal domestico	\$			
7) Matricula	\$			
8) Teléfono (residencial/celular)	\$			
9) Pago de carro	\$			
10) Pago de carro de su esposo/a o pareja	\$			
11) Transporte (pasaje de bus/taxi u otro)	\$			
12) Gasolina	\$			
13) Seguro:				
a) Salud	\$			
b) Carro	\$			
c) Casa/alquileres (si no está incluido en la hipoteca)	\$			
d) Seguro de vida para usted	\$			
e) Seguro de vida para su familia	\$			
14) Otras cuentas o pagos que no son médicos*	\$			
15) Impuestos a la propiedad (si no está incluido en la hipoteca)	\$			
16) Reembolsos de prestamos	\$			
17) Pagos de tarjeta de crédito	\$			
18) Impuestos y otras deducciones*	\$			
19) Gastos de recetas medicas después del pago de seguro	\$			
20) Otros gastos médicos después del pago de seguro*	\$			
Total de gastos mensuales	\$			
*Por favor describa otros gastos adicionales aquí:				

APLICACION DE SUBVENCION—DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION

¿Usted ha solicitado a otras agencias para ayuda? SI NO
 Si su respuesta es sí, por favor enliste las agencias y su respuesta a su solicitud de asistencia. Si no, ¿por qué no?
(Nosotros surgimos a solicitar asistencia de todas las agencias y los recursos disponibles. La asistencia de otros recursos no afecta la elegibilidad con RMCA o Ray of Hope.)

Haga un resumen de su situación financiera**(esto es requerido)**. Incluya un documento adjunto si es necesario

Yo certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta de acuerdo a mis conocimientos. Por este medio doy permiso a Rocky Mountain Cancer Assistance y Ray of Hope Cancer Foundation de obtener de los negocios, organizaciones o agencias enlistados en esta aplicación, la información necesaria para analizar mi caso. Yo eximo a Rocky Mountain Cancer Assistance y Ray of Hope Cancer Foundation de todas las responsabilidades o reclamos que aparezcan de la donación de dinero o servicios proveídos a mí o a mi familia.

Firma del solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

Marcando la casilla, yo le permito a Rocky Mountain Cancer Assistance y/o Ray of Hope Cancer Foundation para usar mi historia (menos mi identidad) para solicitar donaciones/fondos para ayudar a otros en el tratamiento de cáncer.

LISTA DE APPLICACION:

- Mi nombre está en cada página de esta aplicación.
- Yo he verificado que mis ingresos no exceden los estatutos enlistados en la primera pagina de la aplicación, si estoy aplicando a RMCA (no aplica para Ray of Hope Cancer Foundation).
- Yo he incluido toda la información de mis ingresos y gastos de mi familia entera.
- Yo he sumado las cantidades de las páginas de ingresos y gastos (pagina 3 y 4).
- Yo he adjuntado copias de las pruebas de mis ingresos (talones de cheques, seguro social, pensión etc.)
- Yo he adjuntado copias de las facturas de gastos que me gustaría que estuvieran consideradas para asistencia. Las copias incluyen el nombre de mi cuenta, el número de mi cuenta (si aplica) y la cantidad y la cantidad a pagar. (No incluye facturas de gastos médicos, seguro de vida, tarjetas de crédito, o facturas pagaderas a miembros de la familia.
- Yo he adjuntado una copia de mi identificación personal.
- Si aplica, yo he incluido mi declaración de impuestos corriente o mi balance actual de mi empresa (refiérase a la sección "los activos" en página 3).
- Una profesional de la salud que es conocedor de mi diagnostico y tratamiento ha completado y firmado pagina 1 de la aplicación.
- Yo he firmado la aplicación.