



Avila's Cancer Fund

Fondo contra el Cáncer de Ávila

4763 W Spruce #107

Fresno, Ca 93722

avilascancerfund@gmail.com

Aplicación

Informacion de Apicante

Nombre: _____ Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Apartamento/Unidad # _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: _____ Correo: _____

Ingresos anuales _____ Cantidad Solicitada: _____ Teléfono: _____

Uso previsto del subsidio: _____

¿Tiene seguro médico? SI NO ¿Viaja para recibir tratamiento? SI NO

¿Tiene un aviso de 48 horas? SI NO Si es así ¿dónde? _____

¿Se le ha notificado un aviso de desalojo? SI NO

Si es así, explique: _____

Nuestras Directrices

1. Debe estar en un tratamiento actual verificado por un trabajador social y consultorio médico con un formulario de información médica.
1. Las solicitudes deben ser firmadas por el paciente. Todos los formularios pueden enviarse por correo electrónico si desea ingresar, comuníquese con el Fondo de Cáncer de Ávila para una cita.
2. Debe tener **una identificación válida**, licencia de conducir o verificación de identidad.
3. Todos los pagos se pagarán directamente al proveedor, como PG&E, Utilidades, propietario o Compañía Hipotecaria, los copagos se realizan en la instalación o el consultorio del médico. Se debe presentar una copia de la factura antes del pago. Para la presentación de la solicitud a una distancia mínima de 40 millas de la instalación de tratamiento, esto se basa en caso por caso.
4. El Fondo contra el Cáncer de Ávila ofrece asistencia financiera y tarjetas de alimentos mientras haya fondos disponibles.
5. Puede solicitar asistencia financiera cada seis meses a partir de su primera solicitud.
6. Espere de 5 a 10 días desde que se reciba su solicitud para ser notificado.

Verificación del paciente

Dirección de _____ Teléfono: _____
instalaciones: _____ Numero
Directo: _____

Nombre y
título: _____ Correo: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Nombre del Médico: _____

¿El paciente viaja 40 millas para tratamientos
y citas?

SI NO

Firma

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Al firmar esta solicitud, usted está dando fe de la exactitud de la información. Asegúrese de haber completado la solicitud, se requiere la firma del paciente y una copia de las identificaciones.

Trabajador, consultorio Médico, Firma de Trabajador Social: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____