

# DEVUELVA LA SOLICITUD RELLENADA A SU CAPÍTULO LOCAL



Puede averiguar el nombre y la dirección de su Capítulo llamando al (800) 955-4572, o visitando [www.LLL.org](http://www.LLL.org). En el espacio arriba de donde dice "Chapter Finder", ingrese su código postal y después haga clic en el botón que dice "Chapter Finder."

## Solicitud de ayuda económica para pacientes

Para obtener más información, llame a su Capítulo local o al (800) 955-4572 o visite [www.LLS.org](http://www.LLS.org).

Si usted o alguno de sus seres queridos tiene leucemia, linfoma, mieloma, síndrome mielodisplásico u otro tipo de cáncer de la sangre y necesita ayuda económica (hasta \$500 por año), sírvase rellenar y devolver este formulario a su Capítulo local. Recuerde pedir a su proveedor de atención médica que rellene la información y firme en el espacio provisto al pie de la página. Esta información es confidencial.

Nombre y apellido del paciente \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de 18 años, sírvase escribir el

Nombre y apellido de uno de los padres o su tutor legal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_ País (si es militar) \_\_\_\_\_

Teléfono particular ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono laboral/celular ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Información del paciente

Sexo  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_

Grupo étnico  Africanoamericano  Asiático  Caucásico  Hispano  Nativoamericano  Otro

¿Tiene seguro de salud?  Sí  No ¿Tiene un plan para medicamentos recetados?  Sí  No

¿Tiene Medicare?  Sí  No ¿Tiene Medicaid (Título 19)?  Sí  No

¿Le gustaría indicarnos otra persona que pudiéramos contactar en su nombre?

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Teléfono (si difiere del anterior) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Relación o parentesco con el paciente (marque todas las opciones que correspondan)

Cuidador  Cónyuge/pareja  Padre/madre  Hijo/a  Hermano/a  Amigo/a o persona interesada  Otro \_\_\_\_\_

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Gracias. El personal de su Capítulo se pondrá en contacto con usted respecto a su solicitud en un plazo de 7 días hábiles.

**- To be completed by patient's doctor, nurse or social worker -**  
**- Esta sección debe ser rellena por el médico, enfermero o trabajador social del paciente -**

Patient Diagnosis \_\_\_\_\_

Is Patient In Active Treatment?  Yes  No

Provider Name \_\_\_\_\_ Hospital/Clinic \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

Provider Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Note:  Physician  Nurse  Social Worker