

Formulario de solicitud de ayuda económica para pacientes

El Programa de Ayuda Económica para Pacientes de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) fue creado para ayudar a pacientes con serias necesidades económicas. Por favor, comuníquese con LLS para determinar si cumple los requisitos del programa de asistencia para copagos antes de presentar esta solicitud de ayuda económica. A los pacientes que cumplen los requisitos, el Programa de Asistencia para Copagos tal vez les ofrezca un monto más alto de ayuda económica en el caso de ciertas enfermedades, para pagar por el costo de los copagos de su seguro médico y/o de los copagos relacionados con los medicamentos recetados. Para obtener más información o para presentar una solicitud al Programa de Asistencia para Copagos, llame al (877) 557-2672 o visite www.LLS.org/espanol/apoyo/copagos. La asistencia para copagos depende de la disponibilidad de fondos.

El Programa de Ayuda Económica para Pacientes ofrece \$100 por año para ayudar a los pacientes a pagar por sus gastos. No es necesario presentar recibos de los gastos. Para poder solicitar la ayuda, usted o un ser querido debe ser residente de los Estados Unidos y estar recibiendo actualmente tratamiento activo o seguimiento médico para la leucemia, el linfoma, el mieloma, los síndromes mielodisplásicos u otro tipo de cáncer de la sangre. Recuerde pedir al profesional médico que le receta los medicamentos que complete y firme para usted el cuadro al final de este formulario. Esta información es confidencial. Por favor complete y envíe este formulario a la oficina de LLS en su comunidad. Puede localizar la oficina más cercana llamando al (800) 955-4572 o visitando www.LLS.org e ingresando su código postal donde dice "Find Your Chapter".

- La ayuda económica depende de la disponibilidad de dinero del Fondo de Ayuda Económica para Pacientes entre el 1.º de julio y el 30 de junio de cada año.
- Tendrá que entregar un nuevo formulario de solicitud a la oficina de LLS después del 30 de junio de cada año para introducir una nueva solicitud de ayuda económica para pacientes.

Información del paciente

Nombre y apellido del paciente _____

Si el paciente es menor de 18 años, proporcione el nombre y apellido del padre, madre o tutor legal _____

Dirección _____ N.º de apartamento _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Condado _____ País (en caso de que se encuentre en servicio militar) _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono del trabajo o celular () _____ Correo electrónico _____

¿Cómo se enteró de la ayuda económica para pacientes? Sitio web de LLS Médico Enfermera Trabajador social Amigo/miembro de la familia
 Búsqueda en Internet Otro _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____

Origen étnico: Africano Americano Asiático Caucásico Hispano Nativo Americano Otro _____

¿Tiene seguro médico? Sí No ¿Tiene un plan de medicamentos recetados? Sí No

¿Quién es actualmente su proveedor de seguro médico? _____

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

¿Actualmente recibe asistencia del Programa de Asistencia para Copagos de LLS? Sí No

¿Cuáles son sus tres necesidades económicas más importantes? 1. _____ 2. _____ 3. _____

¿Desea proporcionar los datos de otra persona con quien podemos comunicarnos en su nombre? Sí (escriba los datos a continuación) No

Nombre y apellido _____

Teléfono (si es diferente del anterior) _____ Correo electrónico _____

Relación con el paciente (marque todo lo que corresponda)

Cuidador Cónyuge/pareja doméstica Padre/madre Hijo/a Hermano/a Amigo/persona interesada Otro _____

Firma del paciente o de su padre, madre o tutor legal _____ Fecha _____

Para ser completado por el profesional médico que receta los medicamentos del paciente

Please note: stamps or initials will not be accepted.

Patient Diagnosis/Subtype _____

Date of Diagnosis _____ Is Patient in Active Treatment and/or Ongoing Follow-Up? Yes No

Healthcare Provider Name _____ Hospital/Clinic _____

Address _____ City/State/ZIP _____

Phone _____ Healthcare Provider License # _____

Healthcare Provider Signature _____ Date _____