

## Formulario de solicitud de ayuda económica para pacientes

La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) ofrece hasta \$150 por año para ayudar a los pacientes a pagar por sus gastos médicos. No es necesario presentar recibos de los gastos. Para poder solicitar la ayuda, usted o un ser querido debe ser un residente de los EE.UU. y estar recibiendo actualmente tratamiento o seguimiento médico para la leucemia, el linfoma, el mieloma, los síndromes mielodisplásicos u otro tipo de cáncer de la sangre. Recuerde hacer que su médico complete y firme el cuadro al final de esta página. Esta información es confidencial. Complete y envíe este formulario a la oficina del capítulo local de LLS. Para encontrar su capítulo local puede llamar al (800) 955-4572 o visitar [www.LLS.org](http://www.LLS.org) y hacer clic en 'Chapter Finder' (en inglés). Si decide enviar su formulario por fax, igualmente será necesario que envíe por correo a su capítulo una copia impresa con las firmas originales.

### Período de reembolso

- El Programa de Ayuda Económica para Pacientes comienza cada 1° de julio y finaliza cada 30 de junio.
- Será necesario que vuelva a solicitarlo cada año (después del 30 de junio).
- Todos los reembolsos dependen de la disponibilidad de fondos del Fondo de Ayuda Económica para Pacientes durante el período del programa.

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

Si el paciente es menor de 18 años, proporcione los siguientes datos

Nombre y apellido del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_

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

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

Teléfono de la casa ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo o celular ( ) \_\_\_\_\_ C. electrónico \_\_\_\_\_

### Información del paciente

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

Origen étnico:  Africano Americano  Asiático  Caucásico  Hispano  Nativo Americano  Otro

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

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

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

¿Desea proporcionar los datos de otra persona con quien podemos comunicarnos en su nombre? \_\_\_\_\_

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

Teléfono (si es diferente del anterior) \_\_\_\_\_ C. 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 su padre o madre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Gracias.

**– Para ser completado por el médico del paciente –**

*\* Please note: signatures must be original; stamps, photocopies, or initials will not be accepted.\**

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

Is Patient in Active Treatment and/or Ongoing Follow-Up?  Yes  No

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

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

Phone \_\_\_\_\_

Physician Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Physician License # \_\_\_\_\_