

**Envíe la solicitud completa por fax al (866) 808-3793 o por correo postal a:**

**The Leukemia & Lymphoma Society, Patient Aid Program, PO Box 12268, Newport News, VA 23612.**

El Programa de Ayuda al Paciente de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) se trata de un estipendio único de \$100 por paciente. Se ofrece a los pacientes con cáncer de la sangre que reúnen los requisitos del programa para ayudarlos con los gastos durante su tratamiento, tales como cuentas de teléfono, servicios públicos, combustible/estacionamiento, alojamiento, comida u otros gastos. La asistencia se basa en la disponibilidad de fondos, y el programa podría suspenderse en cualquier momento sin previo aviso.

## Requisitos del programa

El paciente debe:

1. Ser ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos o un territorio de los Estados Unidos
2. Tener un diagnóstico de cáncer de la sangre
3. Estar en un período de tratamiento activo, haber programado el inicio del tratamiento o estar bajo la observación de un médico debido a que tiene un cáncer de la sangre

### Información sobre el paciente *(Deben completarse todos los campos)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

*(Si el paciente es menor de 18 años de edad, proporcione también la información sobre el padre, madre o tutor en la próxima sección)*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social\*: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N.º de apto. \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Veterano:  Sí  No Sexo:  Masculino  Femenino

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de correo electrónico:  Personal  Trabajo  Otro Cuenta perteneciente al:  Paciente  Cuidador  Padre, madre o tutor

¿Qué tipo de cáncer de la sangre tiene? *Seleccione uno y diga cuál es el subtipo (si corresponde)*

Leucemia linfoblástica aguda (ALL)  Leucemia mieloide aguda (AML)  Leucemia linfocítica crónica (CLL)

Leucemia mieloide crónica (CML)  Linfoma de Hodgkin (HL)  Linfoma no Hodgkin (NHL)  Mieloma

Síndrome mielodisplásico (MDS)  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Subtipo: \_\_\_\_\_

¿Es usted de ascendencia u origen hispanico o latino?  Hispánico o latino  Ni hispanico ni latino

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su raza? Marque todas las que correspondan.  Blanco o caucásico  Negro o afroamericano

Asiático  Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Indio americano o nativo de Alaska  Otra raza \_\_\_\_\_

*\*El número de Seguro Social solo se usa para verificar la identidad.*

### Información sobre el padre, madre o tutor *(Si el paciente es menor de 18 años de edad, usted debe proporcionar la siguiente información y deben completarse todos los campos).*

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino N.º de Seguro Social\*: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N.º de apto. \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Padre o madre  Abuelo/a  Otro familiar  Otra

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de correo electrónico:  Personal  Trabajo  Otro Cuenta perteneciente al:  Paciente  Cuidador  Padre, madre o tutor

*\*El número de Seguro Social solo se usa para verificar la identidad.*

## Información sobre la remisión del paciente

¿Cómo se enteró del Programa de Ayuda al Paciente?

- Familiar/amigo  Profesional médico  Centro médico  Búsqueda en Internet  Redes sociales  TV/publicación  
 Promoción cruzada de otros programas de asistencia económica al paciente de LLS  Programa o evento de LLS  Otro paciente  
 Farmacia  Organización de defensa de los derechos del paciente  Otra manera (especificar) \_\_\_\_\_

Si fue remitido por un profesional médico, centro médico u otra organización, proporcione la siguiente información:

Centro/organización: \_\_\_\_\_ Nombre del profesional médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de ofic. \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico del trabajo: \_\_\_\_\_

## Términos y condiciones

**Fraude:** la prevención de fraudes es de suma importancia para LLS. LLS tiene derecho a verificar la exactitud de la información proporcionada durante el proceso de selección y si el paciente reúne los requisitos del programa en forma continua. La detección de fraude o abuso ocasionará la rescisión del subsidio, y el solicitante no podrá recibir subsidios de ningún programa de asistencia económica al paciente de LLS en el futuro.

**Divulgación de información:** LLS, sus empleados y representantes están autorizados a obtener información sobre asuntos médicos, de tratamiento, de terapia, económicos y otros tipos de información en relación con el paciente y a hablar sobre esta información con sus proveedores de servicios médicos y el personal de estos proveedores, así como con su farmacia, empleador, compañía de seguros y cualquier otra persona o entidad que trabaje en nombre del paciente, a fin de confirmar que el paciente reúne los requisitos del programa. LLS verificará la identidad del paciente por medio de un sistema de verificación inmediata. El uso de su nombre y número de Seguro Social para acceder a información crediticia tiene como único fin confirmar la identidad del solicitante y **no** afecta su calificación crediticia. Si la identidad del solicitante no puede verificarse por medio del servicio de verificación inmediata, LLS solicitará documentación adicional. Ni LLS ni sus empleados o representantes divulgarán ninguna información a ninguna tercera parte que pueda usarse para identificar al paciente, salvo lo dispuesto anteriormente, según lo exija la ley, según lo que LLS considere apropiado para resolver cualquier posible fraude o alguna irregularidad de auditoría, o según sea necesario o apropiado para que LLS ofrezca asistencia al paciente de conformidad con el programa. LLS puede usar información y datos relativos al paciente para elaborar informes de datos agregados según lo considere apropiado.

La continuidad del programa de asistencia de LLS depende de la disponibilidad de fondos, y se puede modificar o suspender el programa en cualquier momento si los fondos son limitados o ya no están disponibles.

## Firma y certificación - ESTA SECCIÓN DEBE ESTAR FIRMADA

¿Certifica usted que entiende y está de acuerdo con los términos y condiciones antedichos? Sí o No *(Encierre en círculo una opción)*

Con mi firma certifico que la información proporcionada en este formulario es, a mi leal saber, verdadera y correcta; que el paciente que solicita asistencia ha recibido el diagnóstico de un cáncer de la sangre que está cubierto por este fondo; que el paciente es un ciudadano o un residente permanente de los Estados Unidos que vive en los Estados Unidos o un territorio de los Estados Unidos; que el paciente está en un período de tratamiento activo, ha programado el inicio del tratamiento o está bajo la observación de un médico debido a que tiene un cáncer de la sangre; y que consiento en proporcionar documentación a petición y lo haré en caso de que sea necesario.

Firma del paciente o del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente o del padre, madre o tutor en letra imprenta: \_\_\_\_\_

- Marque esta casilla si no desea que LLS se comunique con usted sobre otros servicios educativos y de apoyo al paciente.

**Los Especialistas en Información están disponibles para asistirlo durante el tratamiento del cáncer y los retos económicos y sociales correspondientes, así como ofrecerle información precisa y actualizada sobre las opciones de tratamiento y los recursos de apoyo. Llame a los Especialistas en Información al 1 (800) 955-4572 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 9 p.m.**

Version 1.0 June 2019

**BEATING  
CANCER  
IS IN  
OUR BLOOD.**

La misión de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS, por sus siglas en inglés) es curar la leucemia, el linfoma, la enfermedad de Hodgkin y el mieloma, y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Para obtener más información, visite [www.LLS.org/espanol](http://www.LLS.org/espanol).