



Office Use Only
Date Received:

2319 Webb Road
Grand Island, NE 68803

(308) 675-0889

INFORMACION DE PACIENTE:

Fecha de solicitud: _____

Nombre(s): _____ Apellido(s): _____

Direccion (Numero, Calle): _____

Ciudad, Estad, Codigo postal: _____

E-mail Address: _____

Numeros de telefono (Casa, Celula): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre: _____ Mujer: _____ Son un veteran? _____

Raza: Caucasian Black/African American Hispanic/Latino Asian

Se es menor de 18 anos, nombre de padre o guardian _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Cohabito Viudo

INFORMACION MEDICA *Esta seccion debe ser completada por su enfermero oncologico, medico, o navegador de pacientes del hospital**

Fecha de diagnostico: _____ Cancer Primario: _____ Etapa actual: _____

Nuevo diagnostico: _____ Es paciente en tratamiento activo? Si No

Se no esta en tratamiento activo, indique la frecuencia de seguimiento: Anual ____ Mensual ____ Otro ____

Tipos de tratamiento recibido en el ultimo ano: _____

Infomacion y firma del profesional sanitario

El nombre del doctor: _____ Ciudad, Estad, Codigo postal: _____

Hospital/clinica: _____ Numero de telefono: _____

Direccion: _____ Fax: _____

Firma del doctor: _____

No se pueden aceptar solicitudes incompletas

Informacion financier del hogar

(No deje ninguna informacion en blanco)

Estas actualmente? Empleado Retirado Estudiante Otroel
empleador _____

Numero de miembros de la familia inmediata en el hogar? _____

Nombre: _____ Las fecha de nacimiento: _____

La Relacion: Esposo, Padre, Nino,

Otro: _____

Nombre: _____ Las fecha de nacimiento: _____

La Relacion: Esposo, Padre, Nino,

Otro: _____

Nombre: _____ Las fecha de nacimiento: _____

La Relacion: Esposo, Padre, Nino,

Otro: _____

Nombre: _____ Las fecha de nacimiento: _____

La Relacion: Esposo, Padre, Nino,

Otro: _____

Nombre: _____ Las fecha de nacimiento: _____

La Relacion: Esposo, Padre, Nino,

Otro: _____

Nombre: _____ Las fecha de nacimiento: _____

La Relacion: Esposo, Padre, Nino,

Otro: _____ **No se pueden aceptar solicitudes incompletas**

Fuentes de ingresos del hogar (enumere todo lo que aplique)

\$ _____ Seguridad Social (Jubilacion)

\$ _____ Discapacidad a corto plazo

\$ _____ Desempleo

\$ _____ SSI

\$ _____ Salario

\$ _____ Apoyo de amigos/familia

\$ _____ Asistencia Publica

\$ _____ SSD (discapacidad)

\$ _____ Otra (Especifique)

Gastos del hogar

\$ _____ Hipoteca/Arrendar

\$ _____ Seguro de salud

Es hipoteca o arrendamiento a tu nombre?

\$ _____ Facturas Medicas

_____ Si

_____ No-Explique _____

\$ _____ Seguro de auto

\$ _____ Utilidades

\$ _____ Cuidado de ninos

\$ _____ Seguro de hogar

\$ _____ Gas

\$ _____ Telefono

\$ _____ Comestibles

\$ _____ Pago del coche

\$ _____ Otro

(especificar) _____

Clasificar tres areas de mayor necesidad

\$ _____ Transporte

\$ _____ Hipoteca/Arrendar

\$ _____ Co-Pagos

\$ _____ Utilidades

\$ _____ Otro (especificar) _____

No se pueden aceptar solicitudes incompletas



Formulario de consentimiento

CLAUSULA DE CONFIDENCIALIDAD

GRACE Cancer Foundation considera que esta solicitud y la informacion adjunta son confidenciales. GRACE Cancer Foundation no utilizara la informacion confidencial para fines distintos de sus negocios con el solicitante, y debera divulgarlo solo a sus funcionarios, miembros de la junta o agencias gubernamentales con una necesidad especifica de saberlo. GRACE Cancer Foundation no revelara, publicara ni revelara de ninguna otra forma la informacion confidencial recibida del solicitante a ningun otra parte, except con la autorizacion previa especifica per escrito del Solicitante. Al firmar a continuacion, das GRACE autorizacion para hablar con el departamento de trabajo social y / o los medicos para verificar su situacion.

Inicial

AUTORIZACION DE PUBLICIDAD

Autorizo a GRACE Cancer Foundation a publicar informacion sobre mi o mi familiar (incluida una afeccion medica, ya sea incorporada en fotografias, cintas de video, grabaciones y cualquier otro format (colectivamente, "Informacion"), para el fines de promocion, publicacion, publicidad commercial, o cualquier otro fin, ahora o en cualquier momento en el future. Los participantes comprenden y aceptan que GRACE Cancer Foundation puede utilizar dicha informacion: (1) de todas las formas y medios de comunicacion de cualquier tipo, ya sean conocidos o inventados en el future, incluidos los medios electronicos e impresos e Internet; (2) con o sin los nombres de los Participants; (3) sin el pago de regulias u otra compensacion a nadie; y (4) sin la necesidad de notificarlos o de buscar mas aprobacion antes de hacerlo.

Inicial

CARAS DE GRACE

Por la presente doy mi consentimiento para que mi familiar este dispuesta a participar como Caras de GRACE en una future GRACE Cancer Foundation contra. Esto incluye, pero no se limita a, participar en eventos futuros y contar mi historia o la de mi familia.

Inicial

No se pueden aceptar solicitudes incompletas



Pauntas de solicitud de subvenciones para individuos/familias

Se contractara con su centro medico para verificar el tratamiento del paciente con cancer conocido, asi como con otras organizaciones involucradas con su solicitud. Firme este formulario reconociendo su aprobacion para que GRACE Cancer Foundation verifique esta informacion.

Firma del Paciente: _____

Fecha de la Firma: _____

(Autoriza la divulgacion de informacion medica)

Descripcion de cada proposito para el uso o divulgacion de la informacion [45 C.F.R 164.508 © (iv)]

Esta information se utilizara con el unico proposito de evaluar al paciente antes mencionado para el servicio de apoyo ofrecido por GRACE Cancer Foundation. Este comunicado de HIPPA es valido por un period de 180 dias a partir de la fecha de la firme del paciente que se muestra arriba y solo si esta firmado por el paciente y el consultorio del oncologo.

Firma _____ **Fecha** _____

Atestiguo, a modo de mi firma, que cualquier subvencion de asistencia financier que se pueda otorgar sera utilizado para los gastos indicados arriba