



Cancer Alliance of Naples
3384 Woods Edge Cir. Ste. 102
Bonita Springs, FL 34134
Telefono: (239) 643-4673
Fax: (239) 643-4616

Fecha: ___/___/___

CAN Solicitud de CAN para ayuda benéfica

Sección 1: Información del Paciente

Nombre del solicitante: _____

Nombre del cónyuge/persona que lo(a) cuida: _____

Niños que viven en casa (nombre y edad): _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono (Casa) _____ (Celular) _____

Dirección de correo electrónico _____

Fecha de nacimiento ___/___/___

Número de licencia de conducir _____ Estado _____ Fecha de vencimiento _____

Nombre del propietario de la vivienda _____ Teléfono _____

Dirección del propietario de la vivienda _____

Es necesario proveer la siguiente información (en cursiva) para CAN cuando solicita subvenciones del gobierno,
NOTA: sector privado y otras organizaciones sin fines de lucro. Estos datos nos permiten proporcionar asistencia financiera a nuestros beneficiarios. Por favor circule las respuestas que mejor le describa:

Form section with demographic questions: Grupo de edad, Sexo, Raza, Origen étnico, Nivel de ingresos.

Fecha del Diagnóstico: ___/___/___ Tipo de Cáncer _____ Etapa _____

Médico tratante _____ Teléfono: _____

¿Tiene Ud. seguro Médico? Sí o No (por favor circule)

Si la respuesta es sí, Nombre de la Compañía de Seguro _____

Si usted se encuentra en cuidados terminales, por favor nombre la agencia _____

Nombre Trabajador(a) Social _____ Teléfono _____

Por favor hacer una lista de otras organizaciones que ha contactado para solicitar ayuda financiera (Servicios Sociales, Caridades Católicas, etc.).

Agencia	Persona de Contacto	Fecha de Contacto	Beneficios recibidos
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Referencias personales	Relación	Años de conocerlo(a)	Número de teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sección 2: Información Financiera

Ha aplicado para:

- | | | | |
|--|--------------|-----------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | Fecha? _____ | Aprobado? _____ | Cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida | Fecha? _____ | Aprobado? _____ | Cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos complementarios de Seguro Social | Fecha? _____ | Aprobado? _____ | Cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad del Seguridad Social | Fecha? _____ | Aprobado? _____ | Cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa de Compasión de medicamentos | Fecha? _____ | Aprobado? _____ | Cantidad? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer Alliance of Naples | Fecha? _____ | Aprobado? _____ | Cantidad? _____ |

Gastos mensuales de la Familia	Cantidad	Los bienes de la Familia	Cantidad
Alquiler/Hipoteca	\$ _____	Corriente	\$ _____
Teléfono	\$ _____	Ahorros	\$ _____
Electricidad	\$ _____	Dinero en bolsa o a plazo fijo	\$ _____
Agua	\$ _____	Acciones	\$ _____
Préstamo del Auto	\$ _____	Bonos	\$ _____
Seguro de Auto	\$ _____	Otros (especificar)	\$ _____
Costo de Gasolina (por mes)	\$ _____		
Alimentos	\$ _____		
Seguro Médico	\$ _____		
Facturas médicas	\$ _____		
Tarjetas de Credito	\$ _____		
Otros (especificar)	\$ _____		
Total, gastos mensuales	\$ _____	Total, de los bienes	\$ _____

¿Número de personas en la casa? _____ Mascotas? _____

Información de Ingresos:

Ingresos individuales	\$ _____	Ingreso mensual del cónyuge	\$ _____
Jubilación/Pensión	\$ _____	Manutención / Pensión Infantil	\$ _____
Intereses y Dividendos	\$ _____	Otras fuentes de ingresos	\$ _____

Empleador del Aplicante _____ Número de Contacto del Empleador _____

Empleador del Cónyuge _____ Número de Contacto del Empleador _____

Cualquier otra propiedad/terreno adicional de su nombre? _____ Dirección _____

La sección 3: Liberación de Información Financiera

Usted ha solicitado la ayuda financiera de Cancer Alliance of Naples, Inc. Firmando este documento, usted certifica que por este medio la información incluida es verdadera y correcta al mejor de su conocimiento. Su firma autoriza que CAN puede utilizar su nombre y diagnóstico para obtener subvenciones y hacer cualquier tipo de consulta necesaria para confirmar información financiera proveída, incluyendo, pero no limitado a obtener informes de crédito como verificación.

El pago es dependiendo a la disponibilidad de fondos. Las subvenciones son concedidas sin distinción de raza, origen nacional, sexo, u orientación sexual, y puede ser suspendida en cualquier momento debido a la falta de fondos.

El firmante abajo acepta que esta aplicación es verdadera y correcta y es de la propiedad de Cancer Alliance of Naples, Inc.

La Firma del Beneficiario _____ Fecha ____/____/____

(Si es menor de 18 años firma del padre, madre o custodio(a) legal del beneficiario)

Relación con el menor _____

Por favor, adjuntar copias de los siguientes:

1. **Prueba de residencia en el Condado de Collier o Lee por más de 6 meses. (Contrato de Alquiler, cuentas de pago o impuestos)**
2. **Copia de la Licencia de Conducir u otro documento de identidad con fotografía.**
3. **Prueba de ingresos de todos los adultos en el domicilio.**
4. **IMPORTANTE: Prover Forma de Verificación de Tratamiento de Cancer, llenada y firmada por el doctor. Enviar via Fax: 239-643 4616.**

Por favor, déjenos saber cómo supo usted de CAN:

Sólo para uso de la oficina:

Este documento se firmó en presencia de _____, Un funcionario, director, o director Ejecutivo de la Oficina de CAN.

Firma _____ Posición _____

Fecha _____ Archivo # _____ Rechazado / Razón _____