



KHBCCF  
P.O. Box 1462  
Shelton, WA 98584  
(360) 427-3623

## SOLICITUD DE FINANCIACION

SOLICITANTES DEBEN SER RESIDENTES DEL CONDADO DE MASON

(ESTA SOLICITUD ES VALIDA PARA UN AÑO A PARTIR DE LA PRESENTACION)

Por favor escriba claramente

---

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

---

Nombre Anterior

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

---

Dirección

---

Numero Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Número de trabajo \_\_\_\_\_

---

Fecha de Nacimiento (m/d/a) \_\_\_\_\_

### **Por favor díganos su situación financiera:**

Ingreso total del hogar antes de impuestos \$ \_\_\_\_\_ por mes.

¿Cuántas personas viven de este ingreso mensual? \_\_\_\_\_

¿Tienes seguro de salud medico? \_\_\_ Si \_\_\_ No. Si respuesta es que si, por favor especifique nombre de seguro medico \_\_\_\_\_

¿Cuál es el deducible de su seguro de salud? \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad es su co pago de su bolsillo? \_\_\_\_\_

¿Esta Empleada? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

¿Si usted está trabajando, quien es su empleador? \_\_\_\_\_

Descripción del trabajo: \_\_\_\_\_ salario por hora \_\_\_\_\_

¿Usted Alquila o es dueña de su casa? \_\_\_\_\_

**Por favor díganos los pasos que ha tomado para recibir ayuda financiera para su diagnóstico y tratamiento:**

¿Ha solicitado la asistencia de caridad en el hospital de Mason General?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Ha solicitado la asistencia de caridad en otro hospital en la región?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Ha solicitado fondos del programa de cáncer de mama y de cervical?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Con que otro tipo de recursos a usted trabajado/solicitado? \_\_\_\_\_

Que le dijeron las otras agencias con las que usted intento de usar?

---

---

**Por favor, díganos la razón por que usted está solicitando asistencia financiera del fondo del cáncer de Karen Hilburn?**

---

---

---

¿Qué tipo de asistencia le está pidiendo a el fondo de Karen Hilburn, sea específica?

---

¿Cuentas Médicas? Si es así, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Deducibles? Si es así, ¿Cómo funciona su plan?

---

---

¿Ayuda con el transporte? Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico? \_\_\_\_\_

**Al firmar esta solicitud, por el presente se otorga su consentimiento para la siguiente entrega de información:**

Por el presente autorizo a cualquier y todos mis proveedores de atención medica, clínicas y / o hospitales, y el fondo del cáncer cervical y mama de Karen Hilburn para facilitarse mutuamente la información sobre la atención de salud, pruebas de Papanicolaou, exámenes de mamas, mamografías, y cualquier atención medica relacionada con el cuidado recibido través KHBCCF. Entiendo que este consentimiento expira a los 12 meses después de la fecha en que firmo este formulario.

Cualquier información dada a conocer a la KHBCCF se mantendrá confidencial, la información estará disponible para mi, para los miembros de la junta de voluntarios que participan en mis servicios KHBCCF, el hospital de Mason General, el Departamento de Servicios sociales y de Salud (DSHS) servicios de salud y recuperación, Administración de Salud y recuperación (HRSA), El programa de tratamiento para el cáncer de mama (donde aplica).

Entiendo que recibir asistencia financiera a través de este programa es voluntaria y que puedo abandonar el programa KHBCCF y retirar mi consentimiento para revelar información en cualquier momento.

**Por favor agregue copias de las facturas médicas para las que está solicitando financiamiento.**

También, tenga en cuenta: esta solicitud será considerada la forma valida de un año después de la fecha en que se ha firmado.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Personal de Karen Hilburn fondo solamente**

Comité: \_\_\_\_\_ Aprobar \_\_\_\_\_ Desaprobar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_