



**Por favor, cuéntanos los pasos que ya has tomado para obtener ayuda financiera para tu Diagnóstico y atención:**

¿Ha solicitado asistencia de caridad en el Mason General Hospital? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

¿Ha solicitado Career Care en otro hospital de la región? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

¿Ha solicitado fondos de cualquier otro programa de cáncer? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

¿Con qué otros recursos de financiamiento ha trabajado? \_\_\_\_\_

¿Qué le dijeron las otras agencias con las que trató de trabajar? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Por favor díganos por qué usted está solicitando ayuda financiera del Fondo de Cancer Karen Hilburn e indique si usted ha sido diagnosticado con cáncer de mama, cervical, ovárico, uterino o endometrial:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Qué le pides específicamente al Fondo Karen Hilburn?**

¿Facturas médicas? Si es así, de qué tipo: \_\_\_\_\_

¿Deducibles? Si es así, ¿cómo funciona su plan? \_\_\_\_\_

---

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

¿Quien es tu doctor? \_\_\_\_\_

**Al firmar esta solicitud, usted está consintiendo el siguiente información:**

Por la presente doy mi consentimiento a cualquiera de mis proveedores de atención médica, clínicas y/o hospitales, y Karen Hilburn Cancer Fund, un capítulo de la Fundación Mason General Hospital, para proporcionar mutuamente información sobre mi cuidado médico, exámenes de papanicolau, exámenes de mamas, mamografías y cualquier atención médica relacionada que reciba a través de la KHBCCF. Entiendo que este formulario de consentimiento caduca 12 meses después de la fecha en que firme este formulario.

Cualquier información divulgada al KHCF permanecerá confidencial. La información será disponible para mí, a los miembros de la junta voluntaria involucrados en mis servicios de KHCF, Mason General Hospital & Family of Clinics, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) Servicios de Salud y Recuperación, Salud Y Administración de Servicios de Recuperación (HRSA, por sus siglas en inglés), Programa de tratamiento del cáncer de mama y cervical (según corresponda).

Entiendo que recibir ayuda financiera a través de este programa es voluntario y que puedo abandonar el programa KHCF y retirar mi consentimiento para divulgar información en cualquier momento.

**Por favor, adjunte copias de las facturas médicas para las cuales está solicitando fondos.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Además, tenga en cuenta: esta solicitud se considerará válida a partir de un año de su firma..*

**Por favor envíe su solicitud de financiación por correo y copias de facturas médicas a:**

**KHCF  
P.O. Box 1462  
Shelton WA 98584**

\*\*\*\*\*

Karen Hilburn Fund Internal Use Only

Committee: \_\_\_\_\_ Approve \_\_\_\_\_ Disapprove \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_