

Lista de Verificación para la Solicitud del Fondo para el Cáncer

Los siguientes documentos son necesarios para completar la solicitud del Fondo para el cáncer:

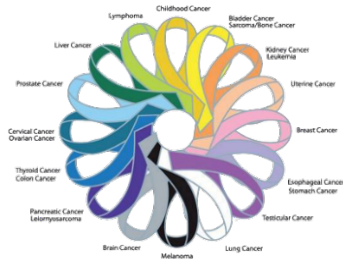
- Solicitud
- Copia de la licencia de conducir o identificación.
- Copia del diagnóstico o el plan de tratamiento del proveedor médico. Esto también puede ser una carta simple de su proveedor médico indicando que usted está recibiendo tratamiento contra el cáncer. (No requerido para solicitudes de DETECCIÓN de cáncer)

Los documentos pueden ser entregados a MFC a través de:

- Correo: Mountain Family Center, PO Box 638, Granby CO 80446
- Correo electrónico: katie@mountainfamilycenter.org
- Fax: 970-557-3124
- En persona: 480 E. Agate Ave, Granby CO 80446
(Horario de atención es de Lunes a Jueves de 9:00am a 3:00pm y Viernes de 9:00am a mediodía)

Usted sera notificado en un lapso de 10 días hábiles sobre la aprobación de su solicitud. Una vez sea aprobada, puede empezar a enviar los gastos para su reembolso. Los gastos pueden retroceder hasta 12 meses desde la fecha de la solicitud y cada beneficiario es elegible para hasta \$5,000 de reembolso por año (sujeto a cambios). Para recibir su reembolso, necesitamos copias de todos los recibos EXCEPTO el millaje. El millaje es calculado utilizando la dirección de inicio y la dirección del destino de cada viaje a \$0.70/milla. Puede ser util mantener un registro de viajes con fechas, motivo del viaje, dirección de inicio y dirección de destino y si fue un viaje de ida y vuelta. Otros gastos reembolsables incluyen comidas y alojamiento mientras viaja para el tratamiento, copagos, deducibles, suministros medicos y otros gastos relacionados con el tratamiento que no han sido cubiertos por el seguro.

Contacte a katie@mountainfamilycenter.org con cualquier pregunta.



Solicitud del Programa de Servicios Relacionados con el Cáncer

Mountain Family Center es una organización sin fines de lucro 501(c)(3). Los programas son financiados completamente a través de subvenciones y donaciones. Las subvenciones que financian este programa requieren documentación de la siguiente información sólo para fines estadísticos y de informes.

1. _____
Nombre
 2. _____
Fecha de solicitud
 3. _____
Número total de personas que viven en su hogar
 4. _____
¿Hace cuanto vive en el Condado de Grand?
 5. _____
Dirección postal: PO Box, ciudad, Código postal
 6. _____
Dirección Física: Calle, ciudad, código postal
 7. _____
Fecha de nacimiento
 8. **Género** Masculino Femenino
 9. _____
Número de teléfono
 10. _____
Correo electrónico
 11. **¿Es usted empleado?** Si No
 12. **¿Tiene seguro médico?** Si No
13. **TOTAL DE INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR:** _____
14. **Se ha disminuido el ingreso monetario de su hogar a raíz del diagnostico de cancer? (cheques de pagos, documentos de impuestos y otro tipo de documento de ingresos pueden ser requeridos para ser verificados)**

Si contesto que si, por favor explicar: _____

15. **Por favor cuéntenos acerca de su situación de vivienda**
- Casa propia Casa de renta No tenemos casa/somos personas sin hogar Otro

16. **Por favor cuéntenos un poco sobre usted**
- Soltero Casado Divorciado Viudo

17. **Firma**

Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo ingreso ha sido reportado. Entiendo que los oficiales pueden verificar toda la información.. **Entiendo que si doy cualquier información falsa a propósito, puedo perder el acceso a cualquiera de los programas que ofrece Mountain Family Center**

Firma _____ **Fecha** _____



Acuerdo de Confidencialidad de la Programa de Servicios Relacionados con el Cáncer

El siguiente es un acuerdo de confidencialidad que le permite al personal de Mountain Family Center compartir entre sí y con otras agencias cualquier información esencial sobre su caso que pueda ser útil para obtener recursos que puedan satisfacer sus necesidades personales. Cualquier información proporcionada será dada sin discriminación y con discreción de sus derechos.

INFORMACIÓN PERSONAL SENSIBLE (Número de seguro social) NO SERÁ RECOPIADO NI SERÁ DIFUNDIDO A NINGUNA AGENCIA.

Por la presente doy mi permiso a cualquier representante debidamente autorizado de Mountain Family Center para proporcionar o solicitar información de otras personas, agencias, o instituciones relacionadas conmigo o mi familia.

Yo libero a Mountain Family Center de toda responsabilidad por proporcionar dicha información. Esto seguirá vigente hasta que yo indique por escrito que ya no es válido.

Nombre del cliente

Personal de Mountain Family Center

Firma del cliente

Fecha

Fecha