

## Aplicación de Asistencia-Nueva

aplicación de asistencia de la Fundación Darren Daulton

### Criterios de aplicación

La Fundación Darren Daulton se compromete a brindar asistencia financiera a quienes padecen tumores cerebrales primarios malignos. Si usted o un ser querido está actualmente afectado por una de estas condiciones y requiere asistencia, envíe una aplicación por escrito a la Junta de la siguiente manera:

La Fundación Darren Daulton no garantiza asistencia por motivos de edad, raza, religión o género.

### Criterios:

- 1) Los solicitantes deben ser residentes de Pensilvania, Nueva Jersey o Delaware.
- 2) Diagnóstico de un tumor cerebral primario maligno
- 3) Actualmente recibiendo tratamiento para el diagnóstico.
- 4) Demostración de dificultades económicas del hogar debido al diagnóstico.
- 5) El solicitante deberá presentar informes de patología médica vigentes.

Los solicitantes DEBEN ser residentes de Pensilvania, Nueva Jersey o Delaware al momento de presentar su aplicación. Los solicitantes sólo pueden tener una aplicación APROBADA (hasta \$3,000.00 por solicitante) por familia cada 365 días. Todas las facturas que deba pagar la Fundación en relación con la subvención deben presentarse a la Fundación para su pago dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la subvención. La Fundación se reserva el derecho de negar el pago de gastos que a juicio y determinación del Patronato no se ajusten a la misión de la Fundación. En tal caso, se notificará al Solicitante y se le pedirá que sugiera un gasto alternativo para el pago.

- El diagnóstico debe ser un tumor cerebral primario maligno.
- El solicitante debe estar vivo en el momento en que la Junta vote sobre la aplicación.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre      Apellido

dirección postal

Línea de dirección 2

Ciudad              Estado

código postal      Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Fecha de nacimiento : Año/Mes/ Día

Referido por:

#### INFORMACIÓN MÉDICA

**IMPORTANTE:** adjunte una copia electrónica de su informe de patología o registros médicos tratantes que incluyan el diagnóstico de tejido para fines de verificación.

Nombre del médico primario: •

Número de teléfono del médico primario: •

Hospital o centro de tratamiento•

Enfermera/Trabajadora Social•

Número de teléfono de enfermera/trabajador social: •

\* Adjunte un informe de patología y una nota de tratamiento completa ACTUAL de su oncólogo. No hacerlo resultará en el RECHAZO de su aplicación de subvención debido a información insuficiente para determinar su elegibilidad médica para calificar para la consideración de una subvención. Los registros de resonancia magnética y tomografía computarizada no son suficientes para evaluar su elegibilidad médica para calificar para la consideración de una subvención.

I Elija Archivo I No se eligió ningún archivo

## Información PERSONAL Y FAMILIAR

Estado civil

¿Cuántos adultos viven en su hogar?

¿Cuántos niños viven en su hogar?

¿Está actualmente empleado?

Si es así, indique su empleador.

Tipo de seguro médico

nivel de deducible y gastos totales de bolsillo

Empleador(a):

Ingreso neto mensual actual

Período de pago (semanal, quincenal, etc.)\*

Saldo actual de la cuenta corriente

Saldo actual de la cuenta de ahorros

Ingreso mensual actual de jubilación del Seguro Social (si es elegible)"

Pensión de Jubilación Mensual Vigente

Seguro de vida

Ingresos mensuales actuales por propiedad de alquiler

Obsequios financieros (es decir, de familiares, amigos, recaudación de fondos realizada en su nombre)

Compensación Mensual de Desempleo actual

Compensación mensual actual para trabajadores

Gastos personales y del hogar

Préstamos mensuales para estudiantes actuales

Hipoteca(s) mensual(es) actual(es){Alquiler

Pago mensual de Mantenimiento actual

Pago mensual de Electricidad Actual

Pago mensual de Gas actual

Pago mensual de Petróleo actual

Pago mensual de Teléfono actual

Pago mensual de Agua actual

Pago mensual Alcantarillado mensual actual

Impuestos mensuales actuales sobre bienes raíces

Impuestos mensuales actuales sobre propiedad personal

Pago mensual actual del automóvil

Pago mensual de Salud actual

Seguro mensual actual (tipo de lista, es decir, automóvil, propietario de vivienda, vida, salud)

Frecuencia de pago del seguro (semanal, mensual, trimestral, etc.)

Tarjeta de crédito (pago mensual adeudado y saldo total adeudado)

Gastos de comida al mes.

Otros gastos mensuales actuales: indique y especifique los montos adeudados por mes y el saldo total adeudado

## Liberación médica

Lea y firme electrónicamente a continuación. Asegúrese de que un testigo (un adulto mayor de 18 años que no sea usted) firme electrónicamente y fecha esta autorización médica. Entiendo y doy permiso a todos mis médicos, trabajadores sociales, clínicas y hospitales para que divulguen toda la información de facturación y atención médica relacionada con mi tratamiento y atención de un tumor cerebral primario maligno y otros problemas de salud relacionados a la Fundación Darren Daulton. También doy mi permiso para discutir la información anterior con cualquier representante designado de la Fundación Darren Daulton por teléfono. La Fundación Darren Daulton acepta que toda la información médica permanecerá confidencial y que cualquier informe escrito sobre el programa no utilizará los nombres de ningún participante sin su permiso expreso. Autorizo específicamente la divulgación de toda mi información de facturación y atención médica en posesión de su organización. El propósito de mi aplicación es ayudar a la Fundación Darren Daulton a determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Esta Liberación y Autorización expirará a los doce (12) meses de su ejecución si no es revocada antes de ello. La Fundación Darren Daulton no difundirá ni divulgará estos registros médicos a ninguna fuente externa sin obtener primero el consentimiento expreso previo. Entiendo y acepto que el cumplimiento de la asistencia puede resultar en publicidad, ya sea que la Fundación Darren Daulton tome medidas activas para publicitar su servicio o no. Entiendo y reconozco que la concesión de cualquier servicio y la participación de cualquier persona en la asistencia depende de la aprobación de la Fundación Darren Daulton. También entiendo que existe un límite en la cantidad de servicios que recibiré, dependiendo del tipo y costo del servicio que se solicite y ofrezca. Entiendo y acepto que ningún representante de la Fundación Darren Daulton me ha hecho promesas ni garantías de ningún tipo con respecto a la asistencia que estoy solicitando.

La Fundación Darren Daulton puede realizar eventos y eventos para recaudar fondos durante todo el año para recaudar dinero para financiar los objetivos principales de la fundación: ayudar a personas y/o familias a soportar el asombroso costo del tratamiento de tumores cerebrales malignos. La gente continúa apoyándonos porque quiere que su dinero llegue a las personas que más lo necesitan. Necesitamos tu ayuda para ponerle rostro y nombre a esa realidad. Para este fin, sólo usaremos su foto, su nombre y la historia enviada. Si se aprueba su aplicación, la Fundación Darren Daulton también puede utilizar una breve descripción de cómo le ha ayudado la asistencia que recibió. Esto facilitará la comunicación con nuestros donantes y ayudará a atraer más contribuyentes. Por favor reconozca este aviso de liberación firmando electrónicamente a continuación:

Por la presente reconozco que, si se me otorga asistencia financiera, la Fundación Darren Daulton puede usar mi nombre, fotografía, antecedentes e historia en materiales de relaciones públicas y marketing que incluirán, entre otros, sus boletines, sitio web, correos postales y folletos de información general.

Nombre del paciente: •

Firma electrónica del paciente •  
Fecha

Al ingresar su nombre en el cuadro de arriba y marcar la casilla, acepta las condiciones establecidas anteriormente •

Aceptar

Firma del testigo

Al ingresar su nombre en el cuadro de arriba y marcar la casilla, acepta las condiciones indicadas anteriormente

Aceptar

Nombre del cónyuge, padre o tutor que completa la aplicación si el paciente no puede hacerlo  
SEA ESPECÍFICO: Monto de la subvención solicitada y propósito(s) para los cuales se utilizará

Tenga en cuenta: La Fundación Darren Daulton paga a las empresas directamente con facturas y/o estados de cuenta recibidos una vez que se aprueba la asistencia financiera. Tras la aprobación, se le pedirá que proporcione una factura por los pagos que se realizan directamente al proveedor del servicio.

La Junta no tiene forma de conocerlo excepto a través de esta aplicación. Por lo tanto. Nos gustaría que nos contara su 'historia' e incluyera una fotografía suya (o de su familia) para que podamos comprender mejor su necesidad de nuestra ayuda.

Si no puede cargar electrónicamente la documentación médica solicitada en esta aplicación, envíela por correo a:

La Fundación Darren Daulton  
c/o Brett Datto  
1339 Calle Castaño Suite 500  
Filadelfia, PA 19107 \*