

EASTERN SIERRA CANCER ALLIANCE - ESCA
Solicitud de Asistencia Económica

Ayuda Económica—Ayuda con Recursos—Ayuda con el Cáncer

ESCA se dedica a ayudar a los residentes en los condados de Inyo y Mono que padecen cualquier tipo de cáncer. Proporcionamos **información** sobre recursos disponibles para personas afectadas por cáncer, así como **asistencia económica** para cubrir gastos de medicinas y análisis, viajes al doctor, ropa, prótesis para los senos y brassiers, mamografía de rutina, comestibles, cuentas por servicios públicos, cuidado de los niños, y más.

Para obtener más información sobre ESCA, por favor visite www.escanceralliance.org

Toda la información en esta solicitud es **CONFIDENCIAL**

NOMBRE (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre):

Fecha de nacimiento (mes/día/año):

Domicilio físico:

Ciudad, Estado:

Código Postal:

Dirección postal (donde recibe el correo):

Ciudad, Estado:

Código Postal:

Teléfono durante el día:

Teléfono durante la noche:

Teléfono para dejar mensaje:

Correo electrónico:

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro médico?
SI / NO

¿Cuál? (Medi-cal, privado, Medicare, militar, otro):

Nombre de su doctor:

Domicilio del doctor:

Teléfono de la oficina del doctor:

¿Su doctor le ha dado el diagnóstico?

SI / NO

¿Qué tipo de cáncer le han diagnosticado?

¿Qué tipo de tratamiento va a recibir?

¿Quimioterapia? SI / NO

¿Radioterapia? SI / NO

¿Otro (cuál)? :

NECESIDADES

¿Qué cantidad está solicitando?

AVISO: Si usted quiere el reembolso por las cosas que usted ya pago, por favor incluya una copia de los recibos (dentro de los últimos 30 días) de los objetos por los que le gustaría recibir ayuda para pagarlos.

Continúa en la próxima página...

¿Cómo puede ayudarle ESCA? *(continuación...)*

He leído y entiendo esta solicitud. La información que he proporcionado es correcta y está completa.

Firma del Solicitante:

Fecha:

**POR FAVOR CONTESTE ESTA SOLICITUD Y ENVÍELA
POR CORREO A:**

ESCA
P.O. Box 1523
Bishop, CA 93515

O DEJAR EN:

Northern Inyo Hospital Recepción
150 Pioneer Lane

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL / FOR OFFICE USE ONLY

The ESCA Board had determined this applicant to be eligible for assistance.

ESCA Board Chair signature:

Date:

The ESCA Board has determined that this applicant is not eligible for assistance.

COMMENTS *(i.e., other resources offered)*:

ESCA Board Chair Signature:

Date:



EASTERN SIERRA CANCER ALLIANCE

760.872.3811 | P.O. BOX 1523, BISHOP, CA 93515

Como parte del proceso de solicitud de Cancer Alliance Sierra Oriental, se requiere la firma y el diagnóstico de su médico.

As part of the Eastern Sierra Cancer Alliance application process, we require your physician's signature and diagnosis.

Patient's Name

Date

Patient's Diagnosis Under Current Treatment

Physician's Name (please print)

Physician's Signature