



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Solicitud del beneficiario de trasplante

INSTRUCCIONES

PASO 1: Por favor, complete esta solicitud y entréguela a su trabajador social de transplant que la presentará online.

PASO 2: Una vez que termine, la solicitud será examinada. El comité de votación tomará una decisión, por lo general, dentro de 1 semana.

DIRECTRICES

- I. Las solicitudes de financiamiento sólo podrán ser presentadas por los trabajadores sociales en los centros de trasplante designados por la Adquisición y Trasplante de Órganos (OPTN.) Los pacientes o individuos / los profesionales médicos que buscan asistencia en nombre de un paciente deben ponerse en contacto con el trabajador social asignado al paciente en su centro de trasplante, personal, para obtener más detalles.
- II. El personal de la Fundación Americana de Trasplantes se comunicará con el trabajador social y el vendedor directamente. Los pacientes están vigorosamente desalentados de ponerse en contacto con la Fundación sobre el estado de su solicitud.
- III. Las contribuciones son revisadas en una base de caso por caso. La elegibilidad para asistencia financiera se basa en la sola discreción de la Fundación de Trasplantes de América y está sujeta a la disponibilidad de fondos.
- IV. La contribución máxima es de \$500.00. Contribuciones en esta categoría se adjudicarán por gastos directos relacionados con lo siguiente:
 - * primas de seguros delincuentes para evitar la pérdida de cobertura de seguro
 - * co-pagos o gastos médicos durante los períodos y / o cambios de proveedor de seguro.
- V. Todos los desembolsos se harán directamente al vendedor, no al paciente.

Testimonios de pacientes son críticos para el éxito de este programa. En caso de adjudicación de una contribución, aunque no es un requisito, le agradeceríamos un testimonio escrito o vídeo y una foto del paciente.

Solicitud de Asistencia Financiera de Emergencia

Por favor, llene este formulario electrónicamente y no de papel.

PASO 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (primera nombre y apellido):

Fecha de Trasplantes:

Razón necesaria de subvención:

Dirección de casa:

Código postal:

Teléfono (Casa):

(Celular):

Correo electrónico (email):

Número de dependientes que viven en la casa:

Edad de dependientes:

Historia de Empleo del Paciente

¿Actualmente empleado? Si No

Último o actual empleador:

Última fecha de Empleo:

Cargo que ocupa con Empleador:

¿El trabajo del paciente requiere considerable esfuerzo físico? Si No

Información Sobre el Seguro del Paciente

Medicare: Sí No

Fecha de Elegibilidad de Medicare:

Fecha de terminación de la Terapia Inmunosupresora de Medicare:

Medicaid: Sí No

Seguro privado: Sí No

Nombre de la Compañía de Seguros:

Ingresos y Gastos del Hogar

¿Eres el proveedor del hogar? Si No

¿Usted o su pareja tienen una cuenta de ahorros? Sí No

Cantidad ahorrada: \$

INGRESOS

Salarios Para el Hogar Contribuido por Usted (después de impuestos): \$

Salarios Para el Hogar Contribuido por Otros en su Hogar (después de impuestos): \$

Ingreso de Seguro Social: \$

Ingresos de Incapacidad: \$

Total de Ingreso Mensual de la Familia (después de impuestos): \$

GASTOS

Hipoteca / Alquiler:

Gastos médicos mensuales:

Otros Gastos Mensuales del Hogar (seguros, pago de automóvil, comida, teléfono celular, etc.):

Total de Gastos Mensuales del Hogar incluyendo la vivienda:

PASO 2: INFORMACIÓN DE CONTACTO CON EL VENDEDOR * Su proveedor es la farmacia o compañía de seguros donde la Fundación Americana de Trasplantes enviará el cheque si es aprobado *

Nombre de empresa:

Dirección:

Código postal:

Cliente / ID de su cuenta (su número de cuenta):

Cantidad de pago solicitada:

Cantidad Requerida:

PASO 3: INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CENTRO DE TRASPLANTE

Referido por:

Nombre del Trabajador Social:

Centro de Trasplantes:

Teléfono directo del Trabajado Social:

Dirección de correo electrónico del Trabajador Social:

PASO 4: PREGUNTAS ADICIONALES

Esta contribución permitirá que el paciente pueda cerrar la brecha mientras busca una solución de cobertura de seguro a largo plazo

Sí No Por favor explique:

¿Está recibiendo asistencia financiera de otra organización?

Sí No Por favor, indique la cantidad y la asignación de ayuda financiera:

Afirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que todas las solicitudes se revisan sobre una base caso por caso, y que la elegibilidad para la asistencia financiera de emergencia se basa en la sola discreción de la Fundación Americana de Trasplantes, y está sujeta a la disponibilidad de fondos. Se harán todos los desembolsos directamente al vendedor.

La falta de completar esta solicitud en su totalidad resultará en la negación automática y no por papel.

Firma del Trabajador Social de Transplante

Fecha

¿Preguntas? Por favor, póngase en contacto con la Fundación Americana de Trasplantes.
Teléfono: 303.757.0959 | Email: support@americantransplantfoundation.org