



## Información del paciente

---

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Primer nombre Apellido MM DD YYYY

Empleo actual: \_\_\_\_\_

Ingreso Anual del Hogar: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_ Apt/Ste #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Célula: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Idioma preferido:** English Spanish Other \_\_\_\_\_

**Método de comunicación principal:** Correo electrónico Teléfono (voice) Text/SMS

Cuéntenos sobre su trastorno hemorrágico:

---

¿Qué tipo de trastorno hemorrágico le han diagnosticado?

- Hemophilia A (Factor VIII)
- Hemophilia B (Factor IX)
- Von Willebrand: Type 1 Type 2 Type 3
- Inhibitor: Yes No
- Other \_\_\_\_\_

¿Cómo se llama tu hematólogo / doctor? \_\_\_\_\_

¿Está afiliado a un Centro de tratamiento de hemofilia / HTC? Yes No

Nombre de HTC: \_\_\_\_\_

Ubicación de HTC: \_\_\_\_\_



Cuéntenos brevemente la historia de su trastorno hemorrágico, incluido el diagnóstico:

¿Qué organización lo refirió a Hope Charities? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que lo refirió: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo podemos ayudar?

---

Para que podamos ayudarlo mejor, necesitamos saber qué otras organizaciones ha solicitado o le han ayudado durante esta temporada difícil.

Enumere las otras organizaciones a las que ha solicitado asistencia y el estado más reciente:

¿Ha recibido asistencia financiera a través de Hope For Hemophilia o Hope Charities en el pasado?

Cuéntenos sobre los desafíos que enfrenta ahora y por qué necesita ayuda en este momento. Incluya cualquier lesión, hemorragia u hospitalización reciente.

¿Qué necesidades financieras tienes? (Enumere las facturas en orden de prioridad)

¿Cuál es su necesidad más urgente en este momento? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad total de apoyo financiero que solicita? \$ \_\_\_\_\_  
Current Past Due



## Privacidad y consentimiento del paciente

Hope for Hemophilia, Hope Charities y las partes que actúan en su nombre utilizarán la información que proporcione para determinar la elegibilidad, administrar y mejorar los programas de asistencia de Hope for Hemophilia, para comunicarse con usted sobre su experiencia con los programas de asistencia de Hope for Hemophilia, y / o enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Hope for Hemophilia.

### Entiendo que:

- Completar esta solicitud no garantiza que calificaré para los programas de asistencia de Hope for Hemophilia / Hope Charities. Estoy de acuerdo en proporcionar toda la documentación solicitada de manera oportuna.
- Los pagos no se pueden desembolsar hasta que presente toda la documentación solicitada.
- Reconozco y confirmo que tengo la autoridad para divulgar la información contenida en la Solicitud del Paciente. La información contenida en la aplicación es mi propia información personal o es la información de alguien con quien ejerzo autoridad legal.
- Una solicitud pendiente no es garantía de que mi solicitud sea aprobada, y es mi responsabilidad asegurar que se paguen las facturas pendientes o que se satisfaga cualquier otra obligación financiera relacionada con mi solicitud.
- Hope for Hemophilia / Hope Charities no es responsable de ninguna cancelación de servicio o cobertura.
- Reconozco que si se aprueba mi solicitud y se realiza el pago, pero el pago no evita la cancelación del servicio, la pérdida de cobertura o el incumplimiento de cualquier otra obligación financiera, Hope Charities / Hope for Hemophilia no asume ninguna responsabilidad y no es considerado responsable de cualquier daño o pérdida que pueda sufrir como resultado de dicha cancelación, pérdida de cobertura o incumplimiento. Si se aprueba, certifico que notificaré y proporcionaré documentación de cualquier cambio en mis ingresos o situación financiera que pueda afectar la asistencia futura.
- No proporcionar la información solicitada puede poner en peligro la asistencia adicional.
- Si se aprueba, acepto devolver de inmediato a Hope for Hemophilia cualquier cheque de reembolso de una empresa debido al pago en exceso resultante de la asistencia.
- Hope for Hemophilia puede verificar la exactitud de la información que he proporcionado y puede solicitar más información.
- Reconozco que entiendo que Hope for Hemophilia / Hope Charities no se considera una entidad cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), pero tomaré todas las medidas razonables para proteger la privacidad de toda la Información de Salud Personal recibida de un paciente, en el contexto de la autorización de Hope for Hemophilia de mí, el paciente / solicitante, para facilitar la satisfacción de la solicitud de asistencia.
  - Hope for Hemophilia se reserva el derecho de cambiar o cancelar los programas de asistencia de Hope for Hemophilia, o cancelar mi inscripción, en cualquier momento.

Doy mi consentimiento y por la presente autorizo a Hope for Hemophilia a verificar la información contenida en esta solicitud y en toda la documentación de respaldo. Además, reconozco que, como paciente / individuo / solicitante, estoy divulgando voluntariamente información de salud personal (PHI) con el fin de solicitar asistencia financiera de Hope for Hemophilia / Hope Charities. Reconozco que no solo solicito asistencia financiera directa, sino que, en virtud de mi solicitud, autorizo a Hope for Hemophilia a encontrarme y conectarme a mí, el solicitante, con recursos de otras fuentes y / u organizaciones. Como parte del programa de conexión de recursos, Hope for Hemophilia / Hope Charities puede tener que divulgar PHI a terceros y por la presente reconozco y confirmo mi consentimiento para dichas divulgaciones. En consecuencia, por la presente doy mi consentimiento y autoridad para divulgar cualquier información médica personal a un tercero, según lo considere razonablemente necesario por parte de Hope for Hemophilia / Hope Charities, según la naturaleza de la solicitud y el alcance de la asistencia disponible. dentro de la organización o vis a vis una organización de terceros. Hope for Hemophilia / Hope Charities puede comunicarse con cualquier compañía, agencia, consultorio médico, oficina de registros, compañía de seguros, fuente de derivación, administrador de casos, centro de tratamiento, médico, enfermera o proveedor de servicios para obtener cualquier información adicional necesaria en el curso de la revisión de asistencia. y, si se aprueba, desembolso. Hope for Hemophilia / Hope Charities puede llamar por teléfono, enviar faxes, escribir o enviar un correo electrónico a cualquier empresa a la que envíe una factura, factura o estado de cuenta como parte de esta solicitud de subvención.

Todos los registros, incluidos los registros en estas áreas temáticas, antecedentes médicos y de tratamiento, registros vocacionales, administración de casos, planes de tratamiento (incluidas las directivas anticipadas de hospicio) se pueden compartir, divulgar, proporcionar, etc. Hope for Hemophilia / Hope Charities.

Esta información se ha divulgado a Hope for Hemophilia / Hope Charities a partir de registros, que pueden estar protegidos por leyes estatales y / o federales que protegen la confidencialidad. Si bien Hope for Hemophilia / Hope Charities no se define como una entidad cubierta, la organización se esforzará por proteger razonablemente la confidencialidad y privacidad de su información de salud personal y no la divulgará aparte de lo que Hope for Hemophilia considere necesario para satisfacer la necesidad reflejada. en su Solicitud de asistencia al paciente. Toda la información relacionada con los solicitantes de subvenciones, los registros médicos, la información médica, la información financiera, etc. del solicitante de subvenciones es estrictamente confidencial y propiedad de Hope for Hemophilia de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

Por la presente libero a todas las empresas, agencias, instituciones, personas, etc. involucradas, incluidas, entre otras, Hope Charities, Inc. / Hope for Hemophilia y Hope Charities / Hope for Hemophilia oficial (s), empleados, personal comercial asociados y voluntarios de toda responsabilidad



legal o responsabilidad que pueda surgir de la recepción, divulgación y divulgación de cualquier información autorizada por esta divulgación. Entiendo y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Este consentimiento vence un año después de la fecha de la firma.

Al firmar, certifico que he leído lo anterior y acepto cumplir con las políticas de Hope for Hemophilia como se describe en esta solicitud y a través de toda la correspondencia con Hope for Hemophilia.

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_



***Casi termino...***

***Después de completar esta solicitud, necesitaremos información adicional.***

- Una copia de una licencia de conducir válida o una identificación emitida por el gobierno.
  
- Copias de todas las facturas con las que solicita asistencia.
  
- Solicitud firmada con iniciales en cada página

Puede enviar por fax su solicitud con los documentos de respaldo al 888-835-1449, enviarlos por correo electrónico a [applications@hope-charities.org](mailto:applications@hope-charities.org) o enviarlos por correo postal a PO Box 77728 Baton Rouge, LA 70879.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Paciente (padre o tutor legal si el paciente es menor de edad)

Envíe por correo electrónico esta solicitud firmada junto con una copia de una licencia de conducir válida (o identificación emitida por el gobierno) y copias de las facturas de cualquier asistencia financiera solicitada a [applications@hope-charities.org](mailto:applications@hope-charities.org) o envíe un fax al 888-835-1449.

Solicitud de asistencia al paciente de Hope Charities

PO Box 77728 Baton Rouge, LA 70879  
Phone: (888) 529-8023 Fax (888) 835-1449  
[www.hopeforhemophilia.org](http://www.hopeforhemophilia.org)  
[www.hope-charities.org](http://www.hope-charities.org)  
[applications@hope-charities.org](mailto:applications@hope-charities.org)