



HOPE FOR HEMOPHILIA

GIVING SEEDS OF HOPE THROUGH SEASONS OF CRISIS

(Esperanza para la Hemofilia)

DANDO SEMILLAS DE ESPERANZA A TRAVÉZ DE TIEMPOS DE CRISIS

Solicitud de Asistencia

Muchas gracias por solicitar ayuda de Esperanza para la Hemofilia. Existimos para ayudar a los pacientes que están pasando por una crisis causada por la Hemofilia! Nos consideramos con un honor al tratar de ayudar durante esta temporada tan difícil.

Nos esforzamos por ser un conducto de esperanza, fortaleza y recursos para los pacientes y sus familias que sufren una crisis. Evaluamos TODAS las solicitudes según el tipo de necesidad, y la cantidad de asistencia solicitada, y el estado de crisis en que se encuentran. No discriminamos por la edad, raza, sexo o religión.

Su información personal es de suma importancia para nosotros y se mantendrá estrictamente confidencial. Al completar esta solicitud, le está dando permiso a Esperanza para la Hemofilia para comunicarse con usted sobre su solicitud y enviarle información sobre eventos y materiales educativos.

Le pedimos que llene complete este formulario por completo. Necesitamos toda la información que se le solicita, así que no deje ninguno de los espacios en blanco, a menos que no se le pida (es decir, al Segundo padre/tutor).

Después de completar esta solicitud, necesitaremos información adicional.

Se necesita:

- Una copia de la licencia de manejar válida o un documento de identificación emitido por el gobierno.
- Copias de todas las facturas por las que se está pidiendo asistencia.
- Solicitud firmada.

Puede enviar su solicitud por fax con los documentos que por los cuales se está pidiendo asistencia al 1(888) 835-1449, o enviarlos por correo electrónico a info@hopeforhemophilia.com o enviarla por correo postal al PO BOX 77728 Baton Rouge, LA 70879.

Una vez que recibamos toda su información, su solicitud firmada y con todos los documentos que lo comprueban, ¡comenzaremos a trabajar en su solicitud de inmediato!

Que puede esperar de nosotros?

- ✓ Espere que un miembro del equipo de Esperanza para la Hemofilia se comunique con usted dentro de los días hábiles después que recibamos su solicitud.
- ✓ Algunas solicitudes pueden tomar hasta dos semanas para obtener una decisión.
- ✓ Si solicitamos más información, su solicitud se retrasará un poco para tomar la decisión y hasta que se reúna TODA la información.

Gracias por solicitar y convertirse en un recipiente de Esperanza para la Hemofilia! Respetamos su tiempo, haciendo que uno de los miembros de nuestro equipo evalúe cuidadosamente su solicitud en persona. Tomaremos en consideración TODA la información que usted haya proporcionado y, si es necesario, se le podrá solicitar más información si es necesario.

Si tiene preguntas, puede comunicarse en cualquier momento a info@hopeforhemophilia.com o también llamando al 888-529-8023.

Gracias por darnos la oportunidad de servirle a usted y a su familia durante este tiempo tan difícil!

Sinceramente,

El equipo de Esperanza para la Hemofilia.

Informacion del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Primer Nombre Apellido

Número del Seguro Social: ____ - ____ - ____ Grado/ocupación: _____

Ingreso Annual de la casa: _____

Su dirección: _____ Apt / Ste# _____

Apartamento o officina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cellular: () _____ Teléfono de casa () _____

Correo electrónico: _____

Informacion del Padre / Tutor

Por favor de completar si el paciente es menor de 18 años.

Padre de Familia/ Guardian: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Primer Nombre Apellido

Número del Seguro Social: ____ - ____ - ____ Grado/Ocupación _____

Ingreso Annual de la casa: _____

Su dirección: _____ Apt/Ste# _____

Apartamento o officina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cellular: () _____ Teléfono de casa () _____

Correo electrónico: _____

Padre de Familia/ Guardian: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Primer Nombre Apellido

Número del Seguro Social: ____ - ____ - ____ Grado/ocupación: _____

Ingreso Annual de la casa: _____

Su dirección: _____

Apartamento o officina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cellular: () _____ Teléfono de casa () _____

Correo electrónico: _____ Cuéntanos sobre su Hemofilia:

Que tipo de desorden de sangrado le han diagnosticado?

- Hemofilia A (Factor VIII)
- Hemofilia B (Factor IX)
- Von Willebrand
- Otro _____

Qué Centro de Tratamiento de Hemofilia visita usted? _____

Cual es el nombre de su Hematólogo / Médico? _____

Es usted miembro de una organización local de Hemofilia o Capítulo?(Si es así, por favor ponga el / los nombres): _____

Cómo se entero de Esperanza para la Hemofilia? _____

Qué organización le refirió a Esperanza para la Hemofilia? _____

Nombre de la Persona que, lo refirió: _____

Podemos contactar a los Personas que lo refirieron? ____ Si ____ No

(Si es así, proporcione la información de contacto)

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Cuéntanos tu Historia de Hemofilia:

Cómo Podemos Ayudarle ? _____

Para que podamos ayudarle mejor, necesitamos saber qué otras organizaciones ha solicitado o has recibido ayuda, durante esta difícil temporada.

Por favor indique las otras organizaciones a las que ha solicitado ayuda y su situación actual: _____

Cuéntenos acerca de los desafíos que enfrenta ahora, y por qué necesita ayuda en este momento?

Qué necesidades financieras tiene? (Por favor ponga las facturas en orden de importancia?)

Cuál es su necesidad más urgente en este momento? _____

De cuánto es la cantidad total de apoyo financiero que está solicitando?

\$ _____

** Al firmar este documento, usted está declarando que toda la información, dada en esta solicitud es completamente exacta y verdadera.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente(Padre o Tutor legal si el paciente es menor de edad)

Por favor envíe esta solicitud ya firmada por correo electrónico, junto con una copia de la licencia de conducir (ó identificación emitida por el gobierno) y copias de las facturas de cualquier ayuda financiera solicitada a info@hopeforhemophilia.com o envíe un fax al 888-835-1449.

Privacidad y Consentimiento del Paciente

La información que usted proporcione será utilizada por Esperanza para la Hemofilia, Hope Charities (organizaciones benéficas) y las partes que actúan en su nombre utilizarán la información que proporcione para determinar la elegibilidad, que administra y mejora los programas de asistencia de Esperanza para la Hemofilia, para comunicarse con usted sobre su experiencia con los programas de asistencia de Esperanza para la Hemofilia, y/o para enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Esperanza para la Hemofilia .

Entiendo qué:

- Al completar esta solicitud no me garantiza que califique para los programas de asistencia de Esperanza para la Hemofilia .
- Acepto proporcionar toda la documentación solicitada de manera oportuna.
- Los pagos no se pueden ser entregados hasta que yo presente toda la documentación que se me pide y es mi responsabilidad de asegurarme de que mis cuentas se cumplan.
- Esperanza para la Hemofilia no se hace responsable la cancelación del servicio o cobertura.
- Si se aprueba , certifico que notificaré y proporcionaré documentación de cualquier cambio en mis ingresos o situación financiera que pueda afectar mi asistencia futura.
- No proporcionar la información adecuada puede poner en peligro asistencias adicionales.
- Si se aprueba, estoy de acuerdo en devolver de inmediato a Hope para la Hemofilia cualquier cheque de reembolso de una compañía debido al sobrepago restante de la asistencia.
- Esperanza para la Hemofilia puede verificar la exactitud de la información que he proporcionado y puede solicitar más información.
- Esperanza para la Hemofilia se reserva el derecho de cambiar o cancelar los programas de asistencia de Esperanza para la Hemofilia, o terminar mi inscripción, en cualquier momento.

Doy mi consentimiento y autorizo a Esperanza para la Hemofilia a verificar la información contenida en esta solicitud y en toda la documentación que he proporcionado. Esperanza para la Hemofilia puede comunicarse con cualquier compañía, agencia, consultorio médico, oficina de registros, compañía de seguros, fuente de referencia, 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, el pago. Esperanza para la Hemofilia puede llamar por teléfono, enviar un fax, escribir o enviar un correo electrónico a cualquier compañía a la cual yo envíe una factura, como parte de esta solicitud para la ayuda. Todos los registros, incluyendo los registros en estas áreas financieras, historial médico y de tratamientos, registros vocacionales, tratamientos de casos, planes de tratamiento (incluyendo instrucciones anticipadas de hospicio) pueden ser compartidas entregadas proporcionadas etc. para Esperanza para la Hemofilia. Esta información ha sido revelada a Esperanza para la Hemofilia por medio de registros que pueden estar protegidos por leyes estatales y/o federales que protegen la confidencialidad. Estas leyes prohíben que Esperanza para la Hemofilia divulgar más esta información sin el consentimiento específico por escrito del solicitante, o según lo permita la ley estatal. Cualquier y toda información relacionada con los solicitantes de ayudas, los registros médicos de los solicitantes, la información médica, la información financiera, etc es estrictamente confidencial y de propiedad de Esperanza para la Hemofilia, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA) (por sus siglas en inglés). Doy autorización a cada una de las empresas, agencias, instituciones, personas, etc. involucradas y la personal y la abogado de Esperanza para la Hemofilia de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación autorizada de esta información. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Este consentimiento vence un año después de la fecha firmada.

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

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Solicitud de Asistencia a Pacientes por Esperanza para la Hemofilia.

PO Box 77728 Baton Rouge, LA 70879

Teléfono (888)529-8023 Fax (888) 835-1449