

Estimado(a) paciente:

Con el fin de tramitar su solicitud de ayuda económica, será necesario que presente los siguientes comprobantes:

- ❖ **Tarjeta de identidad con fotografía**
- ❖ **Prueba de residencia en Florida: deben presentarse dos pruebas.**
- ❖ **Certificado de ingresos del paciente y el cónyuge**
- ❖ **Extractos bancarios: copia de los 3 extractos bancarios más recientes de todas las cuentas que estén a nombre del paciente y de su cónyuge (por ejemplo, extractos de cuentas corrientes y de ahorro, de cuentas en cooperativas de crédito, cuentas del mercado monetario, entre otros).
** Adjunte documentación en la que consten todos los depósitos que no se hayan realizado por depósito directo. ****
- ❖ **Fondos de inversión y de jubilación: documentación del valor actual de las cuentas de retiro individual (IRA, por sus siglas en inglés), de las cuentas 401K, de las acciones, los bonos, los certificados de depósito, etc. del paciente y el cónyuge.**

Adjuntamos una lista de la documentación aceptable para que se remita a ella.

En cuanto recibamos la solicitud, comenzaremos el proceso de revisión y nos comunicaremos con usted para mantenerlo al día y solicitarle más datos si son necesarios.

Datos de contacto:

Pacientes nuevos:

(813) 745-8422 (opción 1)

Fax: (813) 745-3792

newpatientfa@moffitt.org

Pacientes establecidos:

(813) 745-8422 (opción 1)

Fax: (813) 449-8812

establishedpatientfa@moffitt.org

Dirección postal:

12902 Magnolia Drive

Business Office CB-PFS

Tampa, FL 33612

Para su comodidad encontrará una oficina comercial (*Business Office*) en todas las sedes de Moffitt, de modo que puede llevar la solicitud y documentos complementarios a cualquiera de ellas.

Documentación aceptable

Para acreditar la identificación:

- Licencia de conducción
- Tarjeta de identificación con fotografía
- Tarjeta de estudiante con fotografía
- Credencial de empleado con fotografía
- Tarjeta de identificación expedida por un refugio para personas sin hogar
- Documentos de inmigración
- Tarjeta de identificación militar o de dependiente

Para acreditar la residencia en el estado de Florida (dos documentos diferentes):

- Licencia de conducción vigente del Estado de Florida o tarjeta de identificación expedida en el Estado de Florida
- Recibo de pago de la hipoteca, contrato de alquiler actual, recibo de pago del alquiler o una carta del arrendador
- Declaración de impuestos más reciente o carta del Servicio de Impuestos Internos (IRS) que confirme que no declaró impuestos
- Prueba de ser propietario de alguna vivienda en Florida
- Documento de exención del impuesto sobre bienes inmuebles
- Factura de un servicio público en el que figure la dirección donde reside en Florida, y que esté a nombre del solicitante o de su cónyuge (no se aceptan las facturas de televisión por cable).
- Tarjeta de registro de votante expedida por el Estado de Florida
- Prueba de inscripción de los hijos del solicitante en una institución educativa de Florida
- Prueba de residencia documentada mediante una agencia de servicios sociales
- Comprobante escrito expedido por una agencia comunitaria
- Prueba de cancelación del correo postal de una agencia federal, estatal o del condado que se enviara a la dirección local del solicitante o su cónyuge
- Comprobante expedido por la oficina de correo postal de que el solicitante o su cónyuge recibe correo en una dirección de Florida (en el que debe figurar una dirección residencial, no un apartado de correos)
- Tarjeta de identificación expedida por un refugio en el estado de Florida para personas sin hogar

Para acreditar los ingresos:

- Declaración de impuestos diligenciada del año anterior (es obligatorio presentar todas las páginas).
- Carta de confirmación del Servicio de Impuestos Internos (IRS) si no declaró el impuesto sobre la renta.
- Si trabaja: el comprobante de pago salarial más reciente donde figure la información de los ingresos percibidos desde principio del año hasta la fecha (si la información desde el principio del año hasta la fecha no figura, se deben presentar los últimos 4 comprobantes de pago).
- Carta de concesión de ayuda económica de la Administración del Seguro Social
- Carta de concesión de las prestaciones por incapacidad de corto o de largo plazo, o el último comprobante de pago salarial desde principio del año hasta la fecha
- Carta de concesión de los beneficios de veterano o el último comprobante de pago salarial desde principio del año hasta la fecha
- Carta de concesión de la indemnización por accidente laboral o el último comprobante de pago salarial desde principio del año hasta la fecha
- Carta de concesión de la indemnización por desempleo o el último comprobante del pago de las prestaciones por desempleo desde principio del año hasta la fecha
- Carta de concesión de la pensión de jubilación o el último comprobante de pago salarial desde principio del año hasta la fecha
- Manutención de menores y pensión alimentaria (si es por orden de un tribunal, se debe presentar prueba de la Unidad de Desembolsos del Estado).
- Ingreso por concepto de inversión o de alquiler (contrato de alquiler o arrendamiento)

Para acreditar los bienes:

- Extractos bancarios (es obligatorio presentar todas las páginas de los últimos 3 extractos mensuales de todas las cuentas).
- Extractos del mercado monetario (es obligatorio presentar todas las páginas de los últimos 3 extractos).
- Extractos de acciones o bonos (lo más recientes)
- Certificados de depósito (el último extracto de certificados de ahorro)
- Fondos fiduciarios
- Fondos de jubilación (el último extracto de cuentas de IRA, de 401K o de 403B)

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

NOMBRE DEL PACIENTE (PATIENT NAME):

N.º DE HISTORIA CLÍNICA (MEDICAL RECORD #):

I. PARTE RESPONSABLE

APELLIDOS	NOMBRE	INICIAL	ESTADO CIVIL	N.º DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN (CALLE)				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN ESTA DIRECCIÓN?	TELÉFONO DE CASA
EMPLEADOR Y DIRECCIÓN			ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO	
PUESTO/CARGO			INGRESOS MENSUALES \$	PERIODO DE PAGO
OTRO EMPLEO				INGRESOS MENSUALES SECUNDARIOS \$

II. CÓNYUGE

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO
EMPLEADOR Y DIRECCIÓN	TIEMPO QUE LLEVA EN ESTE EMPLEO
PUESTO O CARGO	INGRESOS MENSUALES \$
OTRO EMPLEO	INGRESOS MENSUALES SECUNDARIOS \$

III. DATOS DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	¿ES DEPENDIENTE DE USTED A EFECTOS DE IMPUESTOS?

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA |

IV. INGRESOS MENSUALES NO DEVENGADOS DEL PACIENTE			
SEGURO DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) O DE LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL (SSA)	\$	INCAPACIDAD A CORTO O A LARGO PLAZO	\$
PENSIÓN	\$	INGRESOS POR INVERSIONES O ARRENDAMIENTOS	\$
ANUALIDAD	\$	DIVIDENDOS O INTERESES	\$
DESEMPLEO O INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL	\$	INGRESOS DE VETERANO	\$
MANUTENCIÓN DE HIJOS O PENSIÓN CONYUGAL	\$	OTROS INGRESOS	\$
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES NO DEVENGADOS:	\$		

V. INGRESOS MENSUALES NO DEVENGADOS DEL CÓNYUGE			
SEGURO DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) O DE LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL (SSA)	\$	INCAPACIDAD A CORTO O A LARGO PLAZO	\$
PENSIÓN	\$	INGRESOS POR INVERSIONES O ARRENDAMIENTOS	\$
ANUALIDAD	\$	DIVIDENDOS O INTERESES	\$
DESEMPLEO O INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL	\$	INGRESOS DE VETERANO	\$
MANUTENCIÓN DE HIJOS O PENSIÓN CONYUGAL	\$	OTROS INGRESOS	\$
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES NO DEVENGADOS:	\$		

VI. INGRESOS MENSUALES		
INGRESOS MENSUALES DE LA PARTE RESPONSABLE		\$
INGRESOS MENSUALES DEL CÓNYUGE (si corresponde)	+	\$
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES NO DEVENGADOS:	+	\$
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES	=	\$

VII. BIENES (EN DOLARES)			
CUENTAS CORRIENTES	\$	CERTIFICADOS DE DEPÓSITO	\$
CUENTAS DE AHORROS	\$	OTROS	\$
INVERSIONES O CUENTAS DE RETIRO (IRA)	\$		\$
TOTAL EN BIENES	\$		

SE DENEGARÁN LAS SOLICITUDES PARCIALMENTE CUMPLIMENTADAS O FRAUDULENTAS

Certifico que los datos suministrados en esta solicitud de ayuda económica son ciertos y representan a cabalidad mi situación financiera. Autorizo a Moffitt Cancer Center a corroborar los datos presentados en esta solicitud, entre ellos, los relacionados con mi situación laboral, registros bancarios, seguridad social y cobertura del seguro médico. Entiendo que suministrar datos falsos ocasionará la denegación de esta solicitud para obtener todo tipo de ayuda económica de Moffitt Cancer Center. No cumplimentar toda la Solicitud de Ayuda Económica o no presentar la documentación de respaldo en el plazo de 30 días acarrearía la denegación de ayuda económica. Entiendo que un asesor financiero se comunicará conmigo para conversar sobre mi solicitud y quizá se me pida presentar documentación adicional. Entiendo que recae sobre mí la responsabilidad de pagar los saldos pendientes mientras se considera mi solicitud y en el caso de que esta se aprobara para obtener ayuda económica parcial.

FIRMA Y FECHA: _____ / _____

PARENTESCO SI NO ES EL PACIENTE: _____

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS PROGRAMAS DE AYUDA ECONÓMICA PARA LA OBTENCIÓN DE MEDICAMENTOS

Los pacientes que no pueden cubrir el costo de los medicamentos y quienes reciben ayuda del Programa de ayuda económica de Moffitt (asistencia médica benéfica) también pueden solicitar ayuda mediante los programas de cobertura del costo de los medicamentos (a los que nos referiremos en adelante como «programas») que patrocinan diferentes laboratorios farmacéuticos. Por lo general, estos programas ayudan a los pacientes idóneos a entender la cobertura de su seguro médico y las opciones de apoyo económico con las que cuentan para obtener los medicamentos. Además, les brindan ayuda con el copago de los medicamentos o se los suministran sin ningún costo. Si desea beneficiarse de la ayuda que ofrecen estos programas, usted puede permitir que Moffitt diligencie la solicitud en su nombre. Para ello, Moffitt deberá ceder sus datos personales a diferentes laboratorios farmacéuticos con el fin de determinar si usted reúne los criterios que establecen los programas. Si desea que Moffitt solicite la ayuda de estos programas en nombre suyo, usted debe llenar y firmar la sección sobre autorización voluntaria y consentimiento que se indica a continuación.

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA Y CONSENTIMIENTO PARA QUE MOFFITT ME INSCRIBA EN EL PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA PARA LA OBTENCIÓN DE MEDICAMENTOS

Entiendo que antes de recibir la ayuda de los programas, estos deberán obtener, analizar, emplear y ceder mis datos personales para determinar si reúno los requisitos establecidos. Dichos datos personales son, entre otros, los siguientes:

1. Mis datos de contacto y mi fecha de nacimiento, tal y como se los indiqué a Moffitt.
2. Mi número de seguro social, tal y como se lo indiqué a Moffitt.
3. Mi datos profesionales y laborales, tal y como se los indiqué a Moffitt.
4. Los datos sobre mi situación económica e ingresos, tal y como se los indiqué a Moffitt.
5. Los datos sobre mi seguro médico.
6. Los expedientes y datos médicos sobre mí, incluidas las medicinas que tomo.
7. Mis datos biométricos y genéticos, entre los que se incluyen las pruebas en las que se detectó el tipo de enfermedad que tengo o los medicamentos indicados para tratarla (a los que nos referiremos en adelante de forma colectiva e individual como «datos personales»).

Por tanto, autorizo y doy permiso a Moffitt y a sus agentes autorizados para que soliciten en mi nombre ayuda económica a los programas, para cumplimentar todas las solicitudes necesarias y para ceder mis datos personales a diferentes laboratorios farmacéuticos y a sus agentes autorizados, representantes, administradores, empleados y contratistas (a los que nos referiremos en adelante forma colectiva como «administradores del programa») para que verifiquen si reúno los requisitos de inscripción en los programas, para determinar los programas en los que puedo participar y para inscribirme en ellos.

Asimismo, autorizo a los programas y a los administradores de los programas a: a) ceder mis datos personales entre sí y a los médicos, farmacéuticos y demás profesionales médicos que me atienden, así como a Medicare, a mis planes de seguro y a sus administradores, contratistas o representantes, con el fin de coordinar los beneficios que recibiré, ofrecerme apoyo con reembolsos e investigar la cobertura de mi seguro médico; y b) a ceder y a emplear mis datos personales para vigilar que se cumplan las reglas establecidas en los programas.

Aunque mis datos personales se emplearán con los propósitos descritos en esta autorización, también entiendo que los datos personales se cederán de conformidad con esta autorización y que, después de que se hayan cedido, es posible que la ley federal sobre protección de la privacidad ya no los proteja. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un correo al equipo de ayuda con copagos del Departamento de Autorizaciones Financieras (FCU, por sus siglas en inglés) a FCUCopayAssistance@moffitt.org o llamando al (813) 745-7300 y marcando

la opción 2. Entiendo que revocar esta autorización significa que ni Moffitt, ni los programas ni los administradores de los programas contarán con el respaldo de esta autorización para emplear o ceder mis datos personales, pero cualquier empleo o cesión de mis datos personales que ocurra antes de recibir y diligenciar la solicitud de revocación no se verá afectado por dicha revocación.

Entiendo que si no revoco esta autorización, esta vencerá en un (1) año a partir de la fecha de mi firma más adelante. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla. Además, entiendo que en caso de que yo reúna los requisitos para recibir ayuda de uno de los programas, tendré que volver a solicitar la ayuda de manera periódica, y firmar una autorización parecida como parte del proceso de solicitud.

Manifiesto que los datos personales que le he suministrado a Moffitt son verdaderos y completos, y comprendo que Moffitt suministrará dichos datos personales a los programas. Acepto que, en cualquier momento durante mi participación en alguno de los programas, Moffitt puede solicitar documentos adicionales para corroborar mis datos personales. Si faltan datos o si yo no respondo a la solicitud de suministrar documentos adicionales, mi participación en los programas podría retrasarse o quizá se podría suspender mi participación en los programas. Si reúno los requisitos y recibo ayuda económica con los copagos, ayuda para recibir los medicamentos sin ningún costo u otro tipo de ayuda de los programas, acepto acatar todas las normas de los programas de los cuales reciba ayuda. Además, acepto que el programa no me reembolse la ayuda económica que pudiera recibir de otra fuente, incluida la ayuda proveniente de un programa de seguro, de otra institución de beneficencia o de una cuenta de ahorros, de gastos flexibles (FSA) o de reembolso para los gastos de salud. Reconozco que la ayuda económica es temporal. Me comunicaré con Moffitt si mi seguro médico o mi tratamiento cambia de alguna manera. Además, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que si me niego, mi idoneidad para recibir los beneficios del seguro médico y tratamiento por parte de los profesionales médicos no se verá afectada, pero no tendré acceso a los programas.

Al marcar a continuación la casilla que dice «Otorgo consentimiento y autorización», acepto y manifiesto que he leído y entendido este documento de autorización voluntaria y consentimiento, y que autorizo a los representantes autorizados de Moffitt a cumplimentar y presentar las solicitudes del programa en mi nombre, para lo cual emplearán mis datos personales. Manifiesto que dichos datos personales los suministré yo, los médicos que me atienden en Moffitt y otros profesionales médicos, o provienen de mi historia clínica, del plan de seguro médico al que estoy afiliado o de otras fuentes. Además, reconozco que solicitar la ayuda del programa es un acto voluntario, y que si me niego a solicitarla, mi idoneidad para recibir los beneficios del seguro médico y tratamiento por parte de los

Otorgo consentimiento y autorización

Firma del paciente