



Aplicación de Asistencia Financiera

1. Cualquier niño o niña que resida en el condado de Ventura, Santa Bárbara, o San Luis Obispo que sea diagnosticado/a con cáncer antes de la edad de 18 años y en tratamiento antes de los 21 años de edad es elegible para consideración. Si su hijo o hija recaída antes de los 18 años de edad, su familia puede reaplicar para recibir asistencia financiera adicional.
2. Solicitantes necesitan presentar una aplicación para asistencia financiera cada año que asistencia es necesitada.
3. Las familias de bajo o medio recurso en consideración de las directrices de U.S Department of Housing and Urban Development (HUD) tienen prioridad para recibir asistencia financiera.
4. Todas las secciones de esta aplicación deben de ser completadas. La aplicación puede ser negada si falla de completar todas las secciones de la aplicación.
5. Entregue la aplicación completa a su trabajador/a social. El o la trabajador/a social revisara que toda la aplicación fue completada. La aplicación será mandada a la directora de programas, Becca Solodon. Si no tiene una trabajador/a social, puede mandar la aplicación a:

Aplicacion puede ser enviada

becca@teddybearcancerfoundation.org

3892 State St., Ste. 220, Santa Barbara, CA 93105

Para preguntas: (805)308-9941

Documentos Requeridos: (Madre y Padre de familia)

Prueba Aceptable de Ingresos y Residencia	
Si usted o su hija/o recibe asistencia de Medi Cal este año (asistencia de salud pública):	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de asistencia de salud pública (copia de la carta de Medi Cal) • Prueba de residencia en el condado de Santa Bárbara, Ventura, o San Luis Obispo. Por ejemplo, puede entregar una copia de la cedula de identidad, recibo de sueldo, registro del coche, o cualquier factura de servicios públicos con el domicilio de su hogar. • Carta de recomendación de su trabajador/a social
Si su familia tiene seguro de salud privado este año:	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del más reciente recibo de sueldo (si tiene) • Prueba de residencia en el condado de Santa Bárbara, Ventura, o San Luis Obispo. Por ejemplo, puede entregar una copia de la cedula de identidad, recibo de sueldo, registro del coche, o cualquier factura de servicios públicos con el domicilio de su hogar. • Carta de recomendación de su trabajador/a social • La declaración de impuestos del año anterior

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento (estado/país): _____

 niño niña | Raza: Caucásico Afro-Americano Latino/a Asiático Otro: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____

Nombre de Madre/Guardián: _____

Domicilio (Calle/Ciudad/Código postal): _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Favor de mandarnos una foto de su hijo/a por correo o correo electrónico:becca@teddybearcancerfoundation.org**INFORMACION MÉDICA**

Diagnóstico del niño/a: _____

Fecha del diagnóstico: _____ Tipo de cáncer: _____

Fecha del inicio de tratamiento: _____ Longitud proyectada del tratamiento: _____

INFORMACION DE TRABAJADOR/A SOCIAL

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre del hospital o clínica: _____

Domicilio del hospital: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Correo electrónico: _____

Datos Divertidos del Paciente

Favorito platillo: _____ Favorito color: _____ Favorita canción: _____

Favorita caricatura: _____ Favorito programa: _____

Favorito libro: _____ Favorito deporte: _____

Quiero visitar este lugar _____

INFORMACION DEL HOGAR

Liste los nombres, la edad, y la relación al paciente de todos los **dependientes** del hogar (incluya a los padres y a los hijo/as).

- 1. _____ Edad _____ Relación _____
- 2. _____ Edad _____ Relación _____
- 3. _____ Edad _____ Relación _____
- 4. _____ Edad _____ Relación _____
- 5. _____ Edad _____ Relación _____
- 6. _____ Edad _____ Relación _____

Liste los nombres, la edad, y relación al paciente de todos los **miembros del hogar** (familia adicional que viva en su hogar).

- 1. _____ Edad _____ Relación _____
- 2. _____ Edad _____ Relación _____
- 3. _____ Edad _____ Relación _____
- 4. _____ Edad _____ Relación _____
- 5. _____ Edad _____ Relación _____

INGRESOS DEL HOGAR: Empleo

Padre/Guardián

Empleador: _____ Salario mensual: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

El padre de la familia a tomado vacaciones sin pago Si No

El padre de la familia tiene empleo? Si No

**Por favor incluía prueba de vacaciones sin pago o de desempleo.*

Madre/Guardián

Empleador: _____ Salario mensual: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

La madre de familia a tomado vacaciones sin pago Si No

La madre de familia tiene empleo? Si No

**Por favor incluía prueba de vacaciones sin pago o de desempleo.*

OTRO TIPO DE INGRESO *(Incluía prueba de ingresos adicionales solo si tiene seguro de salud privado.)*

SSI \$ _____ Apoyo para hijo/a \$ _____ Trabajando por cuenta propia \$ _____

AFDC \$ _____ Otro ingreso \$ _____ Beneficios de desempleo \$ _____

INGRESO DEL HOGAR PROJECTADO (Este año): _____

RESIDENCIA PRINCIPAL

Renta o es dueño de casa? Dueño/a Renta

GASTOS DE FAMILIA (mensual)

Pago/renta \$ _____

Pago de vehículo \$ _____

Pago de préstamos \$ _____

Pagos de hogar \$ _____

Gastos del hogar \$ _____
(i.e. comida, etc.)

Otros gastos \$ _____

TOTAL (gastos mensuales) \$ _____

OTRAS DEUDAS DE FAMILIA

Describe otras deudas no ya incluidas en esta aplicación:

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

ASISTENCIA DE OTRAS ORGANICIONES

Describe cualquier otra asistencia recibida de otras organizaciones.

Organizaciones: _____ Tipo de asistencia: _____

Organizaciones: _____ Tipo de asistencia: _____

Apoyo de Estabilidad Financiera	Apoyo Emocional
<p>Teddy Bear Cancer Foundation sabe lo duro que es ser diagnosticado con cáncer pediátrico para toda familia, incluyendo su estado financiero. Nosotros ofrecemos lo siguiente para familias de bajos recursos para poder ayudar con carga financiera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia Financiera Directa (AFD): Familias de bajos recursos pueden recibir hasta \$5,000 para gastos críticos como renta, hipoteca, gastos de auto o acomodaciones de hotel cerca del hospital, para que la familia se pueda concentrar en la salud su hijo/a. • Fondos de Recaída: Si un niño/a recae, familias pueden pedir \$2,500 adicionales para apoyo financiero. • Fondos Funerarios: Asistimos a familias hasta \$2,500 para cubrir gastos funerarios. 	<p>TBCF provee apoyo profesional y personal para toda la familia incluyendo padres, niño/a en tratamiento y hermano/as</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de Grupo para Familias Santa Barbara: TBCF ofrece grupos de apoyo bilingües que son facilitados por un trabajador social con licencia. Las familias obtienen el apoyo de unos a otros durante su participación en los ejercicios y actividades de grupo. Ventura: En conjunto con la Clínica del Centro Médico del Condado de Ventura Hematología / Oncología Pediátrica, Centro de Recursos para el Cáncer del Hospital Memorial de la Comunidad; The Wellness Community Valley / Ventura; Leucemia y Lymphoma Society, y la Sociedad Americana del Cáncer, TBCF proporciona un grupo de apoyo para los padres, así como grupos artísticos y expresivos de discusión para el niño con cáncer y sus hermanos Santa Maria: En conjunto con, Marian Cancer Care en Mission Hope Cancer Center, estamos orgullosos de ofrecer mensualmente los grupos de apoyo en Santa Maria. TBCF proporciona un grupo de apoyo para los padres, así como grupos artísticos y expresivos de discusión para el niño con cáncer y sus hermanos
Programa de Abogacía de Educación	<ul style="list-style-type: none"> • “Bear” Necessities: TBCF ofrece a las familias con artículos, como muebles, electrodomésticos, ropa o ropa de cama, para las familias con los más pequeños. • Eventos de Conexión para Familias: Tenemos variedades de eventos sociales incluyendo BBQs, paseos para los niños y su familia para poder tener apoyo entre padres y poder conectarse u al otro. • Cuidar a los que Cuidan: Cuidar a un niño con cáncer puede ser agotador y aislar. Spa Día para la mama y día de pescar para el papa son organizados por TBCF. • Celebración de Días Festivos: Familias de niño/as en tratamiento pueden participar en el proyecto de días festivos para recibir regalos de Navidad, canastas de Pascuas, comida para Acción de Gracias, tarjetas del Día de San Valentín, tarjetas de comida y mucho más. Todo es proveído por donadores y serán entregados a su casa o lugar de tratamiento.
<p>Este programa ayuda a padres con herramientas necesarias para poder abogar y apoyar a sus niño/as con su carrera académica para poder tener una buena transición cuando regresen a la escuela después de su tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Tutoría: Niño/as y jóvenes que necesitan apoyo académico individual pueden recibir \$500 para servicios de tutoría con maestro acreditados. Este programa se recomienda para los que están en mantenimiento y remisión. • Examen Neurológico: Esto ayuda a familias aprender sobre las dificultades asociadas con el tratamiento. TBCF cubre hasta \$1,500 para un examen neurológico. Los resultados pueden ser usados como herramientas para poder entender y abogar efectivamente para la academia de su niño/a. El examen neurológico es una serie de exámenes oral y escrito administrado por un psicólogo que podrá ver las habilidades de su niño/a. Esta cantidad será pagada a dos psicólogos en Santa Bárbara. Uno habla español. 	

Programa de Asistencia Financiera Forma de Solicitud

(Marque el tipo de asistencia solicitada)

\$2,500: Cantidad Inicial de Asistencia Financiera Directa

Cada familia, si aprobada, recibirá un mínimo de \$2,500. Para fondos adicionales, por favor utilicé las cajas de abajo para indicar requisitos de elegibilidad. Si en cualquier momento la familia es elegible para fondos adicionales dentro de su cuanta con nosotros que es por un año, podrán solicitar más fondos. La cantidad máxima de fondos que pueden ser concedidos es \$5,000.

Requisitos para Fondos Adicionales: Marque Todo lo que Aplique

- \$2,500 Trasplante de Médula Ósea
- \$750 Pérdida de Ingreso Significante *(Reducción de 20+ horas por semana)*
- \$500 Tratamiento es Más de un Año
- \$500 Hogar de Solo un Padre *(no recibe manutención infantil)*
- \$500 Se necesita Acomodaciones de Hotel
- \$500 Circunstancias Especiales *(Ejemplos: evicción/movida, cáncer u otra enfermedad serie dentro una familia inmediata, o carro se rompe)*

Cantidad Solicitada: \$2,500 + Cualificaciones Adicionales = _____

Programa de Apoyo Educacional:

- \$1,500 Examen Neurológico
- \$500 Tutoría

Uso SOLO para oficina

Programa	Cantidad Concedida	Fecha de Concedimiento	Director de Programas (Iniciales)
Asistencia Financiera Directa			
Apoyo de Educacion			

Nombre de paciente: _____

Nombre de Guardian(es): _____

Dirección: _____

Número de Familia: _____

Aplicación Completada (fecha): _____ Fecha Efectiva: _____

Primer Pago: _____ Segundo Pago: _____ Fecha de Expiración: _____

Director(a) (Firma): _____ Fecha: _____

Director(a) Ejecutivo(a) (Firma): _____ Fecha: _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES
CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Al firmar este formulario, entiendo y estoy de acuerdo con los términos establecidos a continuación:

- Teddy Bear Cancer Fundación perseguirá la restitución de las subvenciones, si se determina que la información presentada en la solicitud es falsa.
- E leído los Requisitos de Elegibilidad de Asistencia Financiera y declaro que la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo los documentos adjuntos, es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.
- Teddy Bear Cancer Fundación reserva el derecho de apartarse de las directrices cuando se presenten necesidades especiales.
- Toda la información revelada en este formulario es confidencial.

Autorizo a todos los hospitales, las instituciones financieras y los grupos y / o compañías de seguros para liberar a Teddy Bear Cancer Foundation, o su representante debidamente autorizado, cualquier información que la Fundación considere necesario para completar su investigación en mi solicitud de ayuda financiera.

Firma de Madre o Guardián _____

Fecha _____

Nombre _____

Firma de Padre o Guardián _____

Fecha _____

Nombre _____

EXENCION Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, reconozco que he autorizado por mí mismo, y / o mi niño / niños, _____, de los cuales yo soy el tutor legal o padre, a participar en las actividades y eventos organizados por la Fundación.

En consideración de la Fundación permito que mi hijo/a(s) para participar en este evento, yo, por mí mismo, y en nombre de mi cónyuge, hijo (s), tutor, herederos, familiares y los representantes legales, convienen a cada uno de los siguientes:

1. ____ Doy mi consentimiento para la grabación, utilización y reutilización de la Fundación de mi voz, la imagen, las acciones, el nombre y la apariencia de cualquier publicación de la Fundación y / o con fines de recaudación de fondos de la Fundación en los boletines, membretes, anuncios en internet, diseño de páginas web, folletos, folletos u otras publicaciones.

2. Yo voluntariamente doy permiso a mí y / o mi hijo / a para participar en estas actividades con el conocimiento de esta publicación potencial y / o el uso de recaudación de fondos. Soy consciente de que ni yo ni mi hijo / hijos, ni ninguna persona que no sea de Teddy Bear Cancer Foundation, recibirá ningún beneficio monetario o de otro tipo, de cualquiera de las fotografías de mis y / o / de los niños de mi hijo de las otras actividades que ofrece Teddy Bear Cancer Foundation.

Yo estoy de acuerdo en aceptar que esta publicación y / o recaudación de fondos pueden producirse en estos términos, y verifico esta afirmación colocando mis iniciales aquí: _____

3. ____ Yo estoy de acuerdo que yo, mis cesionarios, herederos, distribuya, tutores y representantes legales, no aran un reclamo contra, demandar, o adjuntar los bienes de la Fundación, o de cualquiera de sus organizaciones afiliadas, directores, funcionarios o empleados de cualquier lesión, daño o pérdida resultante de la publicación de ningún dibujos, fotografías, escritos, entrevistas, u otras actividades.

4. ____ Reconozco y asumo todos los riesgos y aspectos de las actividades y eventos organizados por la Fundación. Reconozco que yo y / o mi hijo (s) voy a participar en nuestro propio riesgo, y la renuncia, lanza, PACTO NO DEMANDAR, INDEMNIZACIÓN Y de toda obligación a la Fundación y de cualquiera de sus organizaciones afiliadas, directores, funcionarios y empleados de todas las acciones, reclamos, demandas y causas de acción que yo, mis cesionarios, hijo (s), cónyuge, herederos, distribuye, tutores y representantes legales ahora tienen o pueden tener en lo sucesivo por cualquier lesión, daño o pérdida que resulte de mi la participación o la participación de mi hijo / de los niños en las actividades.

EXECION Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

He leído cuidadosamente este acuerdo y entiendo completamente su contenido. Soy consciente de que esta es una versión de cualquier posible responsabilidad y un contrato entre mi persona y Teddy Bear Cancer Foundation y / o sus organizaciones afiliadas y e firmado por mi propia voluntad.

Ejecutado en _____, California, en _____20_____

Firma

Testigo de Declaración

Certifico que _____ [*Nombre del liberador*] reconoció ante mí que él / ella ha leído y entendido por completo el significado y las consecuencias de la autorización y firmado en mi presencia.

Ejecutado en _____, California, en _____20_____

Firma

Nombre impreso del testigo