



3550 Barron Way, #9A, Reno, NV 89511  
 Teléfono 775.825.0888 Fax 775.825.4726  
 Web [www.NvChildrensCancer.org](http://www.NvChildrensCancer.org)  
 Email [Holly@NvChildrensCancer.org](mailto:Holly@NvChildrensCancer.org)

*Nuestra misión es mejorar la calidad de vida de los niños con cáncer y sus familias por medio de la prestación de asistencia financiera y programas de apoyo mientras que abogamos por el aumento de fondos para la investigación y conocimiento hacia el público.*

### INSTRUCCIONES PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

La Fundación de Niños con Cáncer del Norte de Nevada es capaz de proporcionar asistencia financiera a través de generosas subvenciones y donaciones. Por favor, complete la solicitud adjunta y envíela a la oficina NNCCF por fax, correo electrónico o correo postal; las direcciones están al comienzo de esta página. Usted será contactado por un miembro del personal cuando hayamos recibido la solicitud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Nombre del paciente					Masculino	Femenino
Fecha de nacimiento	Mes	Día	Año	Edad cuando fue diagnosticado/a		
	Intereses y pasatiempos del paciente					
INFORMACIÓN DE PADRE / MADRE / TUTOR						
Nombre del padre / madre / tutor (s)						
Estado civil de los padres / tutores						
Si están divorciados, por favor escribir el nombre del padre / madre que tenga la custodia						
Domicilio						
Ciudad				Estado	Código Postal	
Teléfono de la casa				Teléfono del trabajo		
	Código de área				Código de área	
Celular (s)				Celular (s)		
	Código de área				Código de área	
E-Mail(s)						
Lugar en donde trabaja el padre / madre / tutor						

Inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL HOGAR					
Idioma principal que se habla en el hogar					
Número de adultos que viven en el hogar			Número de niños que viven en el hogar		
Nombre de los hermanos/as y edades					
INFORMACIÓN MÉDICA					
<i>Por favor proporcione toda la información con la mayor precisión posible</i>					
Enfermedad diagnosticada				Fecha del diagnóstico	
Oncólogo primario				¿A dónde se hizo el tratamiento?	
Teléfono	Código de área			Fax	Código de área
Nombre de el/la trabajador/a social				Email	
Teléfono	Código de área			Fax	Código de área
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO					
¿Está el paciente cubierto por un seguro privado? (Marque uno)				Si	No
Si la respuesta es "sí", escriba el nombre del seguro privado:					
¿Está el paciente cubierto por un seguro financiado por el estado? ej. – Medicaid (Marque uno)				Si	No
Si corresponde, ¿ha completado una solicitud para Medicaid? (Marque uno)				Si	No
OTRA INFORMACIÓN					
¿Cómo se enteró acerca de NNCCF?					
¿Qué otro tipo de ayuda han solicitado o han recibido?					
<p>Utilice el siguiente espacio para describir los gastos médicos y no médicos con los que esta asistencia financiera podría ayudarle (por ejemplo, facturas de servicios públicos, transporte, etc.) Por favor, enumere las necesidades más urgentes y, si es necesario, adjunte una hoja adicional.</p>					

Inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN**

- No será discriminado ni se le negará la ayuda debido a su raza, religión, color, origen nacional, sexo, afiliación política o cualquier otra categoría protegida bajo la ley estatal o federal.
- Su solicitud será revisada en forma individual. La determinación final de asistencia financiera está sujeta a la disponibilidad de fondos y el cumplimiento de las guías NNCCF.
- La información proporcionada a NNCCF será utilizada únicamente con el fin para la que fue proporcionada y se mantendrá confidencial.

**LIBERACIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDAD PARA DIVULGACIÓN Y USO DE REGISTROS MEDICOS Y CONSENTIMIENTO DE MEDIOS**

El suscrito ("exonerador") ha solicitado asistencia a la Fundación de Cáncer de Niños del Norte de Nevada ("NNCCF", por sus siglas en inglés), una organización de beneficencia sin fines de lucro. Al hacer tal solicitud, el exonerador entiende y reconoce que la concesión de la ayuda es totalmente discrecional y que NNCCF puede negar tal ayuda en cualquier momento y por cualquier razón. El exonerador se compromete a renunciar a todo reclamo contra NNCCF y libera a NNCCF de cualquier y toda responsabilidad que pudiera derivarse de la conducta NNCCF al momento de considerar esta solicitud de ayuda.

El exonerador es consciente y autoriza la liberación y uso de la *Información de Salud Protegida*, que pueden estar protegida por la ley federal, de todos los servicios de atención médica, grupos de seguros y / o agencias de bienestar social a NNCCF. El exonerador autoriza además al personal de NNCCF para hablar directamente con los proveedores médicos del paciente y / o trabajadores sociales. El exonerador autoriza a NNCCF para liberar y utilizar la información médica del paciente en su relación a las actividades de la organización NNCCF sin fines de lucro.

El exonerador es consciente de la difusión y uso del nombre, imagen y voz grabada del paciente, individualmente o en conjunto con la otra fotografía y / o grabación impresa, televisión y medios de comunicación de radio, a los efectos de fomentar la conciencia del cáncer pediátrico y para recaudar fondos para promover los objetivos de NNCCF ("consentimiento de medios de comunicación"). El exonerador reconoce que él/ella tiene el derecho de revocar este consentimiento de los medios de comunicación en cualquier momento, por escrito y firmado por el exonerador. La revocación sólo será efectiva al momento que sea recibido por un NNCCF

Firma			
Nombre		Fecha	/ /
Relación con el niño/a			

