



Verificación del médico del tratamiento del paciente/solicitante

En referencia a la atención y tratamiento de _____, yo, mediante la presente confirmo que soy su médico y que está recibiendo tratamiento para el cáncer de mama bajo mi supervisión en forma de:

Tratamiento

**Por favor, tomar en cuenta que la lumpectomía, la radiación dirigida de 5 días, y la terapia hormonal o de reconstrucción, no son terapias que cumplan con los requisitos.*

Mastectomía Fecha: _____

Lumpectomía Fecha: _____

Fecha de inicio (mm/aa)

Fecha de finalización (mm/aa)

Quimioterapia _____

Radiación _____

Enumere los medicamentos actuales relacionados con el tratamiento del cáncer de mama:

Estado del Diagnóstico:

Diagnóstico inicial - Fecha: _____ Recurrencia - Fecha: _____ Metástasis - Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Firma del médico: _____

Dirección del paciente: _____ Nombre impreso: _____

Ciudad: _____ Dirección impresa: _____

Estado/Código postal: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Especialidad: _____

Trabajador(a) Social/Enfermero(a)/RN: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Sistema o grupo de salud: _____

Consentimiento para que IWIN se ponga en contacto con mi Médico Supervisor

Yo, quien firma abajo y referido e identificado como Solicitante, doy mi consentimiento para que la Indiana Women In Need Foundation Inc. ("IWIN") se ponga en contacto con mi médico supervisor, identificado más arriba, para verificar que tengo cáncer de mama, el tratamiento y las restricciones relativas a la recepción de servicios de IWIN. **Solicito que mi médico rellene este formulario, verifique la información solicitada anteriormente, la aclare si es necesario para IWIN, y me devuelva este formulario a mí o a IWIN.** Este consentimiento expira treinta (30) días después de la fecha indicada.

Fecha

Firma de la Solicitante



Perfil Demográfico

Por favor, complete esta página en su totalidad. La información que proporcione no afectará el apoyo otorgado, pero es necesaria para la futura financiación de IWIN y el registro de la subvención.

Nombre: _____

Raza: (por favor, marque)

- ___ Afroamericana
- ___ Nativa americana
- ___ Asiática
- ___ Caucásica
- ___ Hispana
- ___ Otra/Explique _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Estado civil:

- Soltera _____
- Casada: _____
- Viuda: _____

¿Hay otras personas viviendo con usted? Si ___ No ___ En caso de ser afirmativo, ¿cuántas? _____

¿Cuál es el parentesco y edad(es)? _____

¿Posee seguro médico? Sí _____ No _____

¿Trabaja por cuenta ajena? Sí _____ No _____

Ingresos Anuales del Hogar:

- | | |
|-------------------|--------------------|
| ___ 0-10,000 | ___ 60,000-70,000 |
| ___ 10,001-20,000 | ___ 70,000-80,000 |
| ___ 20,001-30,000 | ___ 80,000-90,000 |
| ___ 30,001-40,000 | ___ 90,000-100,000 |
| ___ 40,001-50,000 | ___ 100,000 o más |
| ___ 50,000-60,000 | |

¿Cómo supo de nosotros?



¿Hay algo más que debemos saber sobre su situación? (opcional):

ACUERDO DE LA SOLICITANTE

Yo, quien firma abajo e identificado como Solicitante, he leído, reconozco, entiendo y acepto los siguientes términos para recibir los beneficios y servicios de IWIN:

1. Consiento que IWIN se ponga en contacto con mi médico supervisor para verificar que tengo cáncer de mama y para verificar mi tratamiento. Obtendré la firma de mi médico en el formulario de verificación adjunto, o haré los arreglos necesarios para obtener dicha verificación.
2. Entiendo que IWIN sólo proporciona asistencia para ayudarme a ser capaz de realizar actividades domésticas y familiares y/o para obtener bienes y servicios. Soy la única responsable de seleccionar y supervisar los servicios deseados. Estoy de acuerdo en no responsabilizar a IWIN y en eximir a IWIN y a sus agentes, funcionarios, directores y personal de cualquier daño o reclamación que resulte de los servicios por los cuales recibo beneficios o reembolsos en relación con este Acuerdo.
3. IWIN proporciona asistencia monetaria sólo por los servicios y/o bienes que recibo. IWIN pagará un total acumulado en dólares no superior a la cantidad especificada en la Aceptación como reembolso por los servicios que me presten terceros proveedores. Si así lo dispongo, IWIN puede enviar el pago directamente a un tercer proveedor en mi beneficio tras la notificación y recepción de los servicios. Soy responsable de organizar el pago.
4. Yo personalmente, y no IWIN, contrataré, emplearé y solicitaré servicios a todos los proveedores externos. No solicitaré el reembolso de servicios que sean ilegales, no sean éticos, no se reciban realmente o sean pagados/reembolsados por otra parte. Entiendo y no solicitaré el reembolso de los servicios que me presten los miembros de mi familia. Los potenciales proveedores de servicios o nombrados por IWIN o uno de sus agentes no constituyen recomendaciones ni ninguna garantía de calidad del servicio, sino una mera identificación de terceros que afirman prestar dichos servicios. IWIN no es responsable y yo eximiré a IWIN de toda responsabilidad por cualquier daño, reclamación, acción o inacción (negligente, intencionada, imprudente o de otro tipo) de terceros proveedores o relacionada con cualquier servicio o bien proporcionado, cuando sea reembolsado por IWIN. Además, acepto indemnizar a IWIN por todos los daños, reclamaciones o acciones relacionadas con dichos servicios, bienes o este Acuerdo.
5. A menos que cualquiera de las partes lo rescinda antes por escrito, este acuerdo permanecerá en vigor hasta la fecha de finalización indicada en la Aceptación o hasta que se haya alcanzado mi límite total de beneficios. Bajo ninguna circunstancia se espera que IWIN pague, reembolse o incurra en gastos que superen el valor total en dólares indicado en la Aceptación con respecto a esta Solicitante, y la Solicitante deberá devolver o reembolsar cualquier cantidad que supere dicho valor pagado o incurrido.
6. Las partes harán esfuerzos razonables (incluida la mediación) para resolver cualquier diferencia que surja entre ellas como resultado de este acuerdo antes de ejercer sus respectivos derechos por ley o equidad en los Tribunales Superiores/Circuito del Condado de Marion, Indiana. La Solicitante deberá notificar rápidamente a IWIN cualquier litigio o procedimiento relacionado con este Acuerdo o con los servicios cubiertos.
7. Reconozco que he leído y comprendido este acuerdo y que estoy obligada a cumplir sus términos. Si IWIN proporciona asistencia a la Solicitante, éste es el acuerdo completo entre las partes y sustituye todas las propuestas y entendimientos anteriores entre las partes. El presente acuerdo no podrá ser modificado o enmendado salvo mediante un documento escrito firmado por la parte contra la que se solicita la ejecución.

Fecha

Firma de la Solicitante