



The Limb Preservation Foundation

P.O. Box 270530

Littleton, CO 80127

303-429-0688

PatientResources@limbpreservation.org

<https://limbpreservation.org>

Hoja de presentación de la solicitud del Fondo de Asistencia al Paciente

Esta portada debe acompañar la Solicitud del Fondo de Asistencia junto con toda la documentación necesaria; de lo contrario, la solicitud no será evaluada.

Lista de verificación de los elementos que deben acompañar la solicitud del fondo de asistencia al paciente:

- Solicitud completa con firmas.
- Carta o correo electrónico de explicación/ recomendación de un médico profesional
- Copia de identificación para verificar la identidad.
- Facturas y/o recibos que indiquen claramente el monto y la información sobre el destino del pago (si corresponde).

Important Notes

- ✓ No se aceptarán solicitudes incompletas a las que les falten elementos de la lista de verificación y serán devueltas.
- ✓ Las solicitudes presentadas directamente por el paciente o el cuidador que no incluyan la documentación firmada por un proveedor médico que esté tratando activamente al paciente serán devueltas y no serán consideradas por LPF.
- ✓ Cuando The Limb Preservation Foundation haya intentado tres veces obtener respuestas a las preguntas sin obtener respuesta, la solicitud será rechazada.
- ✓ Las solicitudes deben presentarse antes del lunes anterior a la reunión del comité. Las reuniones del comité se llevan a cabo normalmente el tercer o cuarto jueves de cada mes. Consulte con PatientResources@limbpreservation.org para confirmar. Si la solicitud se recibe después del lunes anterior a la reunión, no se revisará hasta el mes siguiente.
- ✓ Reconozco las divulgaciones anteriores y confirmo que se han completado todos los requisitos y se han adjuntado los documentos de respaldo a esta solicitud.



PatientResources@limbpreservation.org <https://limbpreservation.org>

Solicitud de Fondo de Asistencia al Paciente

La misión de The Limb Preservation Foundation es apoyar la prevención y el tratamiento de condiciones que amenazan las extremidades debido a tumores, traumatismos o infecciones. La Fundación se dedica a ayudar a los pacientes con extremidades a mejorar su salud y bienestar, así como a disfrutar de la vida en general. Todas las solicitudes deben ser coordinadas y firmadas por un trabajador social o un profesional de la salud, quien adjuntará una carta de evaluación de calificación. No se considerarán las solicitudes que soliciten fondos que superen los límites establecidos. Todos los campos de la solicitud son obligatorios. Se debe proporcionar una explicación sobre los elementos incompletos.

Datos biográficos Del paciente

Fecha de solicitud:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: Edad: Género: Masculino Femenino

Dirección

Ciudad: Estado: código postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

Casado o en pareja de hecho: Si No

Nombre del cónyuge o tutor:

Cantidad de hijos (menores de 18 años): N/A Número total de individuos en el hogar:

Explique la situación del hogar, incluyendo la edad de cada persona, los nombres que aparecen en las facturas y por qué hay tantas personas viviendo en la casa, etc.

Raza (marque todas las opciones que correspondan):

Indígena americano/nativo de Alaska caucásico African Afroamericano
Asiático/pacífico insular hispano Otro:

Es usted un excombatiente de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. No Si

¿Cómo se enteró de este programa? (marque una opción)

De mi asistente social/enfermera De mi médico Otro:

De mi amigo De mi terapia ocupacional
 De mi protesista búsqueda en línea

Cobertura del seguro del paciente.

Posee el paciente un seguro médico privado? Si No

Si es así, nombre del proveedor:

Monto del deducible anual \$ Términos:

El paciente cuenta con Medicare? Si No El paciente cuenta con Medicaid? Si No

Gastos mensuales del hogar

Alquiler/Hipoteca		Gas/Electricidad		Teléfono	
Pago del Automóvil		Agua		Cable/Internet	
Seguro de Salud		Seguro de Automóvil		Cuidado de niños	
Dental		Gas/aceite/Reparaciones		Alimentación	
Otro		Otro		TOTAL GASTOS MENSUALES	

Activos

Tipo de activo:	Valor	Préstamo	Clase de activo	Valor
Propiedad inmobiliaria			Cuenta Corriente	
Propiedad de vehículo			Cuenta de Ahorros	
Otro			Otro	

Recursos adicionales de financiación

Programa	Monto mensual	Programa	Monto mensual	Programa	Monto mensual
Seguridad social		SSI		SSDI	
Desempleo		Manutención infantil		Ingresos por alquiler	
Cupones de alimentos		Otros		Otros	

Información financiera del paciente

Empleador del paciente:

Salario bruto anual: \$

Ingresos mensuales netos: \$

Empleador del cónyuge/pareja de hecho/cuidador

Salario bruto anual: \$

Ingresos mensuales netos: \$

Ingresos mensuales totales: \$

otros ingresos:

Estado laboral del paciente.

Proporcione una descripción clara y exhaustiva sobre las circunstancias laborales del paciente, cónyuge, pareja de hecho o cuidador, según corresponda a su situación.

Proveedor(es) médico(s) del paciente.

Enumere los médicos del paciente y otros proveedores de atención médica (fisioterapeuta, protésico, etc.) en relación con esta solicitud:

Información clínica del paciente

Describa la condición médica o diagnóstico, así como la situación del paciente y las razones por las cuales requiere asistencia de la Fundación para la Preservación de Extremidades. (Esto es independiente de la carta o correo electrónico del proveedor médico).

Asistencia requerida

Marque todas las opciones

Hipoteca/Alquiler		Seguro de carro o seguro del carro		Factura de servicios públicos		Alojamiento de paciente / cuidador	
Tratamiento ambulatorio.				Prima del seguro de salud			
Hoja de trabajo de asistencia							
<i>Asegúrese de que los números y los totales sean correctos.</i>							
Hipoteca/Renta (mayor a \$1,000/ mensual): Hipoteca \$				Renta \$			
Carro o seguro del carro (mayor a \$500/mensual) pago del : \$					Seguro del carro : \$		
Factura de servicios públicos (Mayor a \$200/mensual) Calefacción: \$				Electricidad: \$		Agua: \$	
Prima del seguro de salud (por caso) prima mensual \$						Tipo de seguro:	
Alojamiento para pacientes y cuidadores Si se solicita alojamiento, se reservará en nuestra ubicación preferida a una tarifa de \$70 por noche. Cualquier otra ubicación será responsabilidad exclusiva del paciente.							
Fechas en las que se solicita alojamiento:					Número de noches:		
Ubicación del tratamiento médico:							
Importe total solicitado para alojamiento: \$							
Tratamiento ambulatorio							
Quimioterapia ambulatoria - Nombre de la oncóloga:							
Dirección:							
Teléfono:				Correo electrónico:			
Número de tratamientos				Cantidad de tratamiento \$		Total: \$	
Antibióticos intravenosos para pacientes ambulatorios – Nombre del médico:							
dirección:							
teléfono:				Correo electrónico:			
Número de tratamiento:				Cantidad por tratamiento: \$		Total: \$	
Terapia ocupacional/fisioterapia ambulatoria – Nombre del terapeuta:							
Dirección :							
Teléfono:				Correo de electrónico:			
Número de tratamiento				Cantidad de tratamiento: \$		Total: \$	
MONTO TOTAL SOLICITADO DE AYUDA (Suma todas las categorías):\$							

La cantidad de fondos disponibles es limitada cada mes y será otorgada por el comité en función de la disponibilidad y las necesidades. No se garantiza la cobertura

IMPORTANTE: Asegúrese de adjuntar TODAS las copias de las facturas y los estados de cuenta más recientes requeridos para el pago. Si el nombre que aparece en las facturas no corresponde al del paciente o su cónyuge, proporcione una explicación en la factura; de lo contrario, será rechazada.



Funding Hope, Help and Possibilities

Declaración y Autorización de Solicitud

Autorizo a The Limb Preservation Foundation a utilizar esta información para evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa de asistencia al paciente de la Fundación, lo que incluye la auditoría de mis registros médicos y/o la comunicación directa conmigo para confirmar mi elegibilidad o la recepción de asuntos relacionados con dicho programa. Comprendo que esta asistencia es temporal y que el Programa puede ser discontinuado o modificado en cualquier momento. Reconozco que The Limb Preservation Foundation utilizará mi información personal en relación con el funcionamiento del Programa y asuntos conexos. Certifico que no tengo la capacidad de pagar la asistencia solicitada. Asimismo, certifico que no dispongo de otros recursos financieros o activos suficientes para cubrir la asistencia solicitada, o que hacerlo con mis propios recursos o activos me generaría graves dificultades financieras. Afirmo que la información que he proporcionado es correcta y completa. Autorizo al Proveedor del Programa a divulgar a The Limb Preservation Foundation toda la información personal relacionada con mi condición médica, tratamiento y cobertura de seguro necesaria para gestionar mi participación en el Programa. Comprendo que si me niego a firmar esta autorización, no podré participar en el Programa, aunque esto no afectará mi capacidad para recibir tratamiento médico, solicitar el pago del tratamiento ni influirá en mi inscripción en el seguro o en la elegibilidad para los beneficios del seguro. Reconozco que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta al Programa. La revocación de esta autorización impedirá la divulgación de mi información personal después de la fecha en que se reciba y procese la carta de revocación, pero no afectará las divulgaciones realizadas antes de esa fecha. Entiendo que una vez que mi información personal se comparta con The Limb Preservation Foundation, las leyes federales de privacidad pueden dejar de proteger la información de futuras divulgaciones. Esta autorización expirará al finalizar mi participación en el programa.

Certifico que la información contenida en esta solicitud es veraz y correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que cualquier información falsa resultará en el rechazo inmediato de esta solicitud y en la no aceptación de futuras solicitudes.

Esta casilla debe estar seleccionada o la solicitud será denegada para su revisión.

Firma del paciente/tutor legal/representante personal:

Fecha:

Nombre impreso:

Paciente: Tutor legal/representante personal:

Esta casilla debe estar marcada

Recomendación de un profesional médico o de un trabajador social con maestría. <i>Esta sección debe ser completada ÚNICAMENTE por el MSW o el profesional médico.</i>	
Nombre del profesional médico/MSW::	<input type="text"/>
Nombre de la instalación:	
direccion de instalacìon	
Numero de contacto:	
correo electronico:	<input type="text"/>
¿Se utilizaron aloinjertos y/o tejido humano donado en el tratamiento de este paciente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si
¿El paciente sigue las indicaciones médicas?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No
LA alguna otra información	<input type="text"/>
Divulgaciones y reconocimientos Complete los agradecimientos y firme a continuación. La solicitud será rechazada para su revisión si faltan campos.	
Para mi conocimiento, el seguro médico u otros programas no cubrirán el tipo de asistencia solicitada anteriormente.	<input type="checkbox"/>
He revisado y evaluado cuidadosamente la situación financiera del paciente.	<input type="checkbox"/>
He adjuntado una carta de valoración o lo explicaré en el correo electrónico, divulgando información relativa a la candidatura visible de al paciente con respecto a opciones de estilo de vida positivas y otra información para ayudar en la solicitud.	<input type="checkbox"/>
Firma del profesional médico/MSW:	<input type="text"/>
	fecha: <input type="text"/>
<i>Toda la información es estrictamente confidencial. Los fondos son limitados y están sujetos a disponibilidad y se revisan mes a mes. por lo tanto, el monto aprobado puede variar cada mes. Las solicitudes incompletas serán rechazadas y devueltas. por favor asegúrese de que se incluye la portada y también se adjuntan todas las copias de las facturas de los proveedores. Las solicitudes completadas son revisadas por un comité y se procesarán dentro de 2 a 4 semanas .Envíe la solicitud completa y la documentación a PatientResources@limbpreservation.org</i>	