



SOLICITUD PROGRAMA AYUDA AL PACIENTE

Toda solicitud de beneficio tiene que estar relacionada a la Esclerosis Múltiple o complicaciones de salud relacionadas a ésta, además de estar acompañada de los documentos aplicables al beneficio para su evaluación. Recuerde que para recibir los beneficios del Programa de Ayuda al Paciente, deberá ser socio activo, de no serlo, puedes aplicar en esta solicitud. Los documentos comunes a ambas solicitudes, los enviarás una sola vez siempre que estén vigentes.

¿Es usted Socio Activo? Si () Núm. de Socio _____ No ()

1. Nombre del Paciente: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

2. Dirección Postal: _____

3. Dirección Residencial: _____

4. Tel. Residencial: _____ Cel.: _____ E-mail _____

5. Si trabaja, indique nombre y teléfono: _____ () No trabajo

6. Ingreso del solicitante mensual: _____ anual: _____

7. Nombre y teléfono de su neurólogo: _____

8. Favor de marcar el/los encasillado(s) correspondiente(s) al/los servicio(s) que solicita. * Incluya la orden médica, otras dependerá del servicio solicitado.

* () Estudio (Especifique) _____

* () Imagen de Resonancia Magnética (MRI)

* () Equipo Asistido _____

() Cita médica para un neurólogo o referido de su neurólogo a otros profesionales de la salud.

() Otros _____



9. Describa su condición y su necesidad que justifiquen los servicios solicitados:

10. Marque e incluya evidencia de todos los renglones de los cuales usted es beneficiario al momento de llenar esta solicitud. Los documentos deben ser vigentes.

Marque los que aplican	Beneficio	Cantidad mensual
	Ingreso	
	Retiro	
	Incapacidad	
	Seguro Social	
	Pensión para menores	
	Cupones de Alimentos	
	Subsidio gasto telefónico	
	Subsidio para la Vivienda	
	Ingreso Familiar Anual	
	Subsidio de energía eléctrica	
	Ingresos de su cónyuge	
	Adm. de Veterano	
	Total de Ingresos	

11. Plan(es) Médico(s), incluyendo la Reforma _____

12. Descripción de Gastos:

Descripción	Gastos(\$)	Descripción	Gastos(\$)
Subtotal de gastos		Subtotal de gastos	
Total de gastos			



13. Grupo familiar que convive con el solicitante:

Nombre Completo	Relación con el paciente	Edad	Indique si estudia o trabaja, sitio	Ingreso Mensual

Certifico que toda la información que he provisto en esta solicitud es cierta y confiable y podrá ser corroborada por la Fundación, para lo cual les autorizo. También, acepto una visita a mi hogar de ser necesario, como parte del proceso de evaluación para la otorgación de los servicios que aquí estoy solicitando.

Nombre del Paciente o Tutor en letra de molde

Firma

Fecha

Nota: Si la Junta recomendara una visita de inspección al hogar del paciente como parte de la evaluación para esta solicitud, se coordinará la fecha de visita con el paciente, familiar o tutor autorizado.



Programa de Asistencia al Paciente

Requisitos para solicitar los servicios del Programa de Ayuda a Pacientes

- _____ 1. Completar la solicitud de servicios.
- _____ 2. Ser miembro de la Fundación de Esclerosis Múltiple.
- _____ 3. Diagnóstico y recomendación del neurólogo que le atiende.
- _____ 4. Evidencia de plan médico.
- _____ 5. Evidencia de que el plan médico no cubre la necesidad específica y/o la apelación sometida.
- _____ 6. Evidencia de empleo y/o de ingresos de programas asistencia pública como asistencia nutricional (PAN), programa NUIE, WIC, seguro social, seguro por desempleo, planilla de ingresos, etc.

*Favor completar solicitud y entregar junto con documentos no más tarde de 20 días.