

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Lea la siguiente información antes de solicitar asistencia a la National Kidney Foundation of Arizona (NKF AZ).

Los cortes de servicios públicos pueden avanzar rápidamente, por lo que es importante que facilite toda la información y documentos necesarios. Si alguno de los documentos o información necesarios falta o está incompleto, no podremos tramitar su solicitud.

Esté preparado para responder rápidamente a las solicitudes de información adicional. Estas se cerrarán tras dos semanas de inactividad (sin respuesta del solicitante, del trabajador social/representante de la clínica o del propietario/gestor).

LIMITACIONES DEL PROGRAMA

Las empresas de servicios públicos ofrecen diversos planes de pago. Debe intentar establecer acuerdos de pago con la empresa de servicios públicos antes de solicitar la asistencia de NKF AZ para servicios públicos.

- NKF AZ comprueba si se han intentado establecer acuerdos de pago. Si no es así, la solicitud será rechazada.

La asistencia es para un solo servicio público (agua, electricidad o gas).

La asistencia puede cubrir un máximo de 800 \$ por un máximo de dos meses de deuda atrasada.

Por ejemplo: si tiene tres meses de atraso en su factura de electricidad, NKF AZ solo puede pagar dos meses de esa factura, hasta un *máximo* de \$800. Usted sería responsable de pagar el mes restante.

NKF AZ no puede pagar:

- Cargos por reconexión, cargos por pagos atrasados o cualquier otra sanción.
- Cuando nuestro pago no previene el corte del servicio público.
- Debe estar preparado para pagar inmediatamente cualquier tarifa no cubierta por NKF AZ, si su solicitud es aprobada para esta asistencia.
- NKF AZ contacta a la empresa de servicios públicos para confirmar que se ha pagado el saldo que NKF AZ no puede cubrir.

Este es un programa de asistencia única para alquiler o servicios públicos. Si su solicitud es aprobada, no será elegible para asistencia futura para alquiler/servicios públicos de NKF AZ.

NOTIFICACIÓN DE APROBACIÓN O DENEGACIÓN

Si se aprueba esta asistencia, NKF AZ enviará una copia de la carta de aprobación a su trabajador social/representante de la clínica y a la empresa de servicios públicos. Su trabajador social/representante de la clínica le proporcionará una copia de la carta.

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Si no se aprueba su solicitud, se lo notificaremos a su trabajador social/representante de la clínica por correo electrónico.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

Entregue los siguientes documentos necesarios al trabajador social o al representante de la clínica que presente la solicitud por usted:

- Este formulario de consentimiento cumplimentado y firmado.
- Estado financiero de NKF AZ
 - Debe incluir información sobre todas las personas que residen en el hogar
 - Debe estar firmada por el paciente y el trabajador social (u otro representante de la clínica) que presenta la solicitud.
 - Asegúrese de que el formulario esté completo y sea preciso. Las declaraciones falsas pueden descalificarlo de esta y futuras asistencias de NKF AZ.
- Factura actual de servicios públicos
 - Si la factura no está a nombre del paciente, se requiere una verificación adicional de que el paciente reside en esa dirección. La verificación aceptable incluye lo siguiente:
 - Una copia de la identificación del estado de Arizona del paciente en la que figure la dirección
 - Una factura a nombre del paciente que haya sido enviada a la dirección (no correo "basura")
 - Algún otro documento formal que se haya enviado por correo al paciente a la dirección

OTRAS AGENCIAS CONTACTADAS

NKF AZ es una agencia de último recurso y requerimos que se haya solicitado asistencia a al menos otras dos agencias antes de solicitar la asistencia de NKF AZ.

¿Con qué otras agencias se ha puesto en contacto para solicitar asistencia?

Primera agencia contactada para solicitar asistencia:	
Fecha en que los contactó:	
¿Su decisión/respuesta?	

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Segunda agencia contactada para solicitar asistencia:	
Fecha en que los contactó:	
¿Su decisión/respuesta?	

Describa cómo llegó su hogar a sufrir esta crisis financiera.

¿Cómo planea su hogar evitar la necesidad de asistencia futura para servicios públicos?

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del solicitante _____

Dirección _____

Empresa de servicios públicos _____

Número de teléfono de la empresa de servicios públicos _____

Número de cuenta de servicios públicos del solicitante _____

Remitido por _____
(Trabajador social u otro personal clínico remitente)

Unidad de diálisis/Centro de trasplantes _____

Importe total adeudado por el solicitante _____

Certifico que no tengo capacidad financiera para pagar mi factura de alquiler, que he agotado todas las demás fuentes de ayuda y que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Reconozco que he leído y comprendo la información anterior sobre los documentos e información necesarios, y que, si se aprueba esta asistencia, deberé ser capaz de pagar todas las tarifas no cubiertas por NKF AZ en el momento de la aprobación.

Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo a la National Kidney Foundation of Arizona a acceder a la información de la empresa de servicios públicos mencionada anteriormente y a que esta empresa de servicios públicos libere la información sobre mi historial de pagos, morosidad, montos pendientes, depósitos requeridos, historial de consumo y otra información relacionada y a utilizar dicha información únicamente en relación con esta solicitud de asistencia.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del solicitante adjunto _____ Fecha _____

360 East Coronado Road, #180, Phoenix, AZ 85004
(Phoenix) 602-840-1644 (Número gratuito) 1-877-587-1357
Fax 602-845-7968

Apellido del Paciente		Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre de esposo/a	
Dirección					Teléfono	
Ciudad	Estado	Código Postal	¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio?			
Miembros del hogar Por favor enumerar <u>todas</u> las personas que viven en este domicilio			Fecha de Nacimiento	Relación con usted (o ingresar yo mismo)	¿Empleado? (Sí o No)	Ingreso Bruto Mensual Total (incluir ISS, cupones de alimentos y otros)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
			Ingreso mensual total del hogar:			

Los Gastos Mensuales de la Casa

Alquiler o Hipoteca \$ _____

Alimentos \$ _____

Utilidades

 Teléfono \$ _____

 Gas \$ _____

 Electricidad \$ _____

 Agua \$ _____

Auto

 Pago Mensual \$ _____

 Gasolino \$ _____

 Seguro \$ _____

Médico

 Doctor \$ _____

 Hospital \$ _____

 Medicamentos \$ _____

Seguro

 Vida \$ _____

 Médico \$ _____

Pagos con tarjeta de crédito \$ _____

Otros pagos mensuales (enumerar) \$ _____

TOTAL GASTOS MENSUALES \$ _____

Activos Bancarios:

Saldo cuenta corriente: \$ _____

Saldo caja de ahorros: \$ _____

¿Ha prestado el paciente servicio activo en EE.UU., en las Fuerzas Armadas, en las Reservas Militares o en la Guardia Nacional?

Sí No

Información del Seguro Médico:

Proveedor: _____

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

AHCCCS: _____

Fecha de venimiento: _____

Cobertura VA Sí No

¿Alquila o es propietario de su residencia actual?

Alquiler Propio

Al firmar a continuación, reconoce que la información anterior es verdadera y correcta. Declaraciones falsas podrían descalificar al paciente para recibir esta o futuras asistencias por parte de National Kidney Foundation of Arizona

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante de la Clínica

Por favor escribir el nombre (Representante de la Clínica)

Nombre de la Clínica

Fecha