

MARTHA'S VINEYARD CANCER SUPPORT GROUP, Inc.

Po Box 2214 Vineyard Haven, Ma 02568

508-627-7958 OR 508-693-8296

www.mvcancersupport.org

PEDIDO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

A assistência financeira é concedida a pacientes com câncer da ilha durante todo o ano e suas famílias para ajudá-los a atender às necessidades emergenciais e temporárias resultantes de doenças e tratamentos relacionados ao câncer. Como os fundos são limitados, pedimos que a assistência financeira seja solicitada no máximo duas vezes em um período de 12 meses.

Uma carta do seu médico é necessária junto com este formulário, indicando o seu diagnóstico e plano de tratamento. Além disso, é necessário que você forneça recibos de todas as despesas que este subsídio irá cobrir.

Toda informação é estritamente confidencial

1. Nome do requerente: _____ Data de nascimento: _____
2. Endereço de correspondência: _____
3. Endereço de residência _____
4. Telefone(H) _____ (W) _____ (C) _____
5. Endereço de e-mail: _____
6. Seu diagnóstico _____
7. Plano de tratamento _____

Pedido Financeiro ~ Transporte: SSA: _____ ônibus _____ estacionamento: _____
Taxi: _____

Ambulância: _____

Gás: 17c por milha, 160 milhas ida e volta para Boston, \$ 27,20 por viagem: _____

Alojamento: _____ Refeições: _____ Prescrições: _____ Gastos médicos: _____

Serviços de utilidade pública: _____ Diversos / outros: _____

Aluguel / hipoteca, 1 reembolso, máximo de \$ 1000 por mês: _____

Pedido total: _____

Informações adicionais que podem ser úteis para avaliarmos sua inscrição. Use páginas adicionais, se necessário.

MVCSG, INC. Pedido de Assistência Financeira, página dois

Para garantir a análise imediata de sua inscrição e cumprir os requisitos de nosso status de organização sem fins lucrativos, precisamos confirmar seu diagnóstico, elegibilidade para seguro e planos de tratamento, solicitando as seguintes informações:

1. Uma carta do seu médico / prestador de cuidados de saúde indicando o seu diagnóstico e o seu plano de tratamento, seja para si ou para um membro da sua família. Carta anexada: _____
2. Recibos de despesas solicitadas com este formulário: Recibos em anexo: _____
3. Gostaríamos que você analisasse sua cobertura de seguro saúde com agências locais ou assistentes sociais para garantir que está recebendo os benefícios para os quais se qualifica. Se você ainda não fez isso, podemos ajudá-lo a encontrar recursos da comunidade. Se precisar de ajuda, marque esta caixa: _____

Eu entendo que esta solicitação está sujeita à revisão confidencial pelos membros da diretoria da MVCSG e que, para receber assistência financeira, sou obrigado a fornecer as informações acima com esta inscrição. Finalmente, afirmo que todas as informações que forneci são verdadeiras e precisas.

Assinatura do requerente: _____ Data _____

Nome do requerente (em letra de forma):

Assinatura da pessoa que preenche este formulário:

Nome: (por favor, imprima) _____ Relação com o Requerente: _____

**Envie todos os documentos comprovativos juntamente com este formulário preenchido para:
MVCSG Inc. PO Box 2214 Vineyard Haven, MA 02568
Ou por e-mail (se o formulário for preenchido on-line - você ainda deve fornecer documentos
adicionais em anexo ou por correio normal). E-mail para: annemariendonahue54@icloud.com**

MVCSG INC. Para uso da placa apenas: Revisado em 16 de janeiro de 2020

Nomes da equipe de revisão dos membros do conselho:

Data da revisão: _____

Quantidade solicitada: _____ Quantidade aprovada: _____

Número do cheque: _____ Data de Verificação: _____

Outros membros do conselho contatados: _____