

Estimado solicitante:

Gracias por comunicarse con la Fundación contra el Cáncer Lazarex. Nuestra misión es conectar a los pacientes con cáncer con ensayos clínicos, para que puedan seguir comprometidos con su lucha contra el cáncer. *Por lo tanto, proporcionamos un reembolso financiero para los gastos de viaje extras relacionados con la participación en ensayos clínicos.* Para poder garantizar un tiempo de respuesta oportuno en el procesamiento de su solicitud, tenga en cuenta los siguientes lineamientos.

Estamos para ayudarlo con este proceso de solicitud. Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico a patientservices@lazarex.org o llame al 925.820.4517.

Atentamente, el equipo de Servicios al Paciente de Lazarex

LINEAMIENTOS DE SOLICITUD

La asistencia financiera se basa en el cumplimiento de todos los requisitos de elegibilidad de la Fundación contra el Cáncer Lazarex Y en la disponibilidad de fondos para los servicios de nuestro programa.

Según el ingreso familiar bruto ajustado, el solicitante puede calificar para el 50 %, el 75 % o el 100 % de los gastos de viaje extras relacionados con su participación en el ensayo clínico hasta el máximo mensual asociado. Consulte las pautas de ingresos en la siguiente página. Un coordinador de Servicios al Paciente de Lazarex se comunicará con el solicitante por teléfono para discutir su nivel de elegibilidad y aprobación. El contacto está limitado a dos (2) intentos. El solicitante es responsable de proporcionar toda la información requerida.

No proporcionamos asistencia con gastos tales como alquiler, hipoteca, pagos de servicios públicos, cuidado de niños, cuidado de mascotas, copagos o deducibles de alimentos o seguros.

Las solicitudes completas se revisan para determinar su elegibilidad en el orden en que se reciben.

Debido al volumen de solicitudes que recibimos, solo podemos aceptar, revisar y procesar solicitudes completas. Esto incluye la información financiera requerida. La última página de esta solicitud es el "Formulario de información médica", que debe completarse después de que un representante médico haya aceptado al solicitante en un ensayo clínico. Ejemplo: doctor, enfermero,

trabajador social, coordinador del ensayo clínico, etc. El formulario completo con la firma de un representante médico debe enviarse a la Fundación contra el Cáncer Lazarex para completar la inscripción en el programa y comenzar el proceso de reembolso.

Las solicitudes enviadas y completas serán revisadas por Lazarex, y un coordinador de Servicios al Paciente notificará al solicitante sobre el estado de aprobación. Se proporcionará una notificación de APROBACIÓN PREVIA a los solicitantes que cumplan con los requisitos de elegibilidad financiera y que estén esperando ser inscritos en un ensayo clínico. Se proporcionará APROBACIÓN

a los solicitantes que cumplan con los requisitos de elegibilidad financiera y que ya hayan sido aceptados o estén participando en un ensayo.

La Fundación contra el Cáncer Lazarex proporcionará al solicitante aprobado un acuerdo que deberá ser revisado y firmado, y un registro de viaje que se completará mensualmente y se devolverá a Lazarex junto con los recibos que verifiquen los gastos extras para el reembolso. Los reembolsos se proporcionan mensualmente a los solicitantes aprobados mediante una tarjeta de débito.

No reembolsaremos ningún gasto que sea o vaya a ser reembolsado por el patrocinador del ensayo clínico.

Tache los números de seguridad social que aparecen en cualquier documento que nos envíe.

LINEAMIENTOS DE INGRESOS

La elegibilidad para el reembolso de gastos de la Fundación contra el Cáncer Lazarex se establece en el 700 % de los lineamientos federales de pobreza (FPG) de la siguiente manera:

Ingreso familiar bruto ajustado. Evalúe su elegibilidad de ingresos antes de realizar la solicitud.

# Grupo familiar:	Ingreso familiar bruto ajustado total hasta 400 % FPG	Ingreso familiar bruto ajustado total entre 401 % y 550 % FPG	Ingreso familiar bruto ajustado total entre 551 % y 700 % FPG	DEBE PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:**
1.	51 520 USD	51 521 - 70 840 USD	70 841 - 90 160 USD	Prueba aceptable de ingresos: Primeras dos páginas de una copia firmada de la declaración de impuestos sobre la renta O si no presenta una declaración de impuestos, una copia de su talón de pago, cheque de desempleo o notificación de beneficios de asistencia pública, SSI o SSD más recientes. Si actualmente no tiene empleo, envíe una carta firmada en la que indique su situación financiera actual. (Tache el número de seguridad social)
2.	69 680 USD	69 681 - 95 810 USD	95 811 - 121 940 USD	
3.	87 840 USD	87 841 - 120 780 USD	120 781 - 153 720 USD	
4.	106 000	106 001 - 145 750 USD	145 751 - 185 500 USD	
5.	124 160 USD	124 161 - 170 720 USD	170 721 - 217 280 USD	
6.	142 320 USD	142 321 - 195 690 USD	195 691 - 249 060 USD	
7.	160 480 USD	160 481 - 220 660 USD	220 661 - 280 840 USD	
8.	178 640	176 641 - 245 630 USD	245 631 - 312 620 USD	
% de elegibilidad	100%	75%	50%	
Máximo mensual:	Hasta 1500 USD	Hasta 1125 USD	Hasta 750 USD	

La solicitud no se procesará si no se proporciona esta información

EJEMPLO: Para un hogar de dos personas, los gastos aprobados y el reembolso mensual máximo será de:

Hasta el 400 % de los lineamientos federales de pobreza

Ejemplo: Un hogar de dos personas con ingresos de hasta 69 680 USD recibe un reembolso del 100 % de los gastos aprobados presentados hasta un máximo de 1500 USD por mes.

Entre el 401 % y el 550 % de los lineamientos federales de pobreza

Ejemplo: Un hogar de dos personas con ingresos de entre 69 681 y 95 810 USD recibe un reembolso del 75 % de los gastos aprobados presentados hasta un máximo de 1125 USD por mes.

Entre el 551 % y el 700 % de los lineamientos federales de pobreza*Ejemplo:* Un hogar de dos personas con ingresos de entre 95 811 y 121 940 USD recibe un reembolso del 50 % de los gastos aprobados presentados hasta un máximo de 750 USD por mes.

Ver más en: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline>

EXPLICACIÓN DEL ESTADO DE LA SOLICITUD

El estado de **aprobación previa** se proporciona a los pacientes que soliciten el reembolso de los gastos de viaje, cumplan con los requisitos de elegibilidad y estén en el proceso de consentimiento del ensayo clínico, pero que aún no hayan sido aceptados en un ensayo. Proporcionamos una aprobación previa para el bienestar de los pacientes, para que puedan tomar una decisión sobre la participación en un ensayo clínico sin tener que preocuparse por cubrir los gastos de viaje extras. Una vez que un paciente ha sido aceptado en un ensayo clínico, se debe enviar un formulario de información médica (la última página de esta solicitud) a la Fundación contra el Cáncer Lazarex para recibir la aprobación.

El estado de **aprobación** se proporciona a los pacientes que soliciten el reembolso de los gastos de viaje, cumplan con nuestros requisitos de elegibilidad y ya hayan sido aceptados en un ensayo clínico o ya estén participando en uno. Cuando un paciente reciba el estado de aprobación, se le proporcionará un Acuerdo del Paciente que describe el proceso de reembolso, los gastos de viaje aprobados y el monto máximo de reembolso mensual.

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LCF

Fecha de recepción: _____
 Fecha de aprobación previa: _____
 Fecha de aprobación: _____
 Porcentaje de asignación de reembolso: _____

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJE POR ENSAYO CLÍNICO

Nueva solicitud Resolicitud Fecha de hoy: _____
 Fecha de recepción por el personal: _____

El solicitante es:

Patient (proceed to patient information) Representante del paciente - Nombre: _____

Su relación con el paciente: Usted mismo Cónyuge Miembro de la familia Amigo Profesional de la salud

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE (escriba de forma clara en letra de imprenta)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfono preferido: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono alternativo: _____

Condado: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Qué sexo se le asignó al paciente al nacer en el certificado de nacimiento original? Masculino Femenino

¿El paciente habla inglés? Sí No

¿Cuál es el idioma de preferencia para comunicarse con Lazarex?

¿El paciente tiene un intérprete? Sí No

Nombre del intérprete: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Raza/origen étnico: Nativo de América del Norte o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hawaiano o isleño del Pacífico
 Hispano o latino Multiétnico Blanco Otro (especificar): _____

Acceso a la tecnología: Computadora Smart phone Tableta Impresora

Ocupación: Veterano En actividad Reservista

¿Pasatiempos o talentos?

*No se le garantiza asistencia por el solo hecho de enviar esta solicitud. No se admiten solicitudes incompletas.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia	Relación	Teléfono	Correo electrónico

HISTORIAL DE SALUD

Tratamiento previo contra el cáncer: (marque todas las opciones que correspondan)

Quimioterapia: Sí No En caso afirmativo, cuántos tipos de quimioterapia: _____

Radioterapia: Sí No Cirugía: Sí No

Inmunoterapia: Sí No Terapia dirigida: Sí No

Terapia hormonal: Sí No Ensayo clínico anterior: Sí No

Otras enfermedades crónicas: (marque todas las opciones que correspondan)

Enfermedad cardíaca: Sí No Historia de enfermedad hepática (no relacionada con el cáncer): Sí No

Enfermedad renal crónica: Sí No Enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC): Sí No

Infarto: Sí No Alzheimer o demencia: Sí No

Hipertensión (presión arterial alta): Sí No Con medicación: Sí No

Colesterol alto: Sí No Con medicación: Sí No

Diabetes: Sí No Con medicación: Sí No

Ataque cardíaco: Sí No Con medicación: Sí No

REFERENCIAS

¿Cómo se enteró el paciente de nosotros? Otro paciente Médico/enfermero/coordinador de ensayos Familia/amigos Centro médico

Noticias/medios/Internet Trabajador social Eventos

Otra organización Otro

(especifique): _____ (especifique): _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿El paciente tiene un seguro de salud? Sí No

Tipo de seguro: Cuidado administrado por Medicaid Medicaid Estate Medi-CAL Privado/comercial Tricare
 Medicare estándar Medicare-Advantage Otros (especifique): _____

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL HOGAR

¿El paciente tiene empleo actualmente? Sí No Lugar de trabajo: _____

FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR (marque todas las que correspondan)

Seguridad social (jubilación) Salario Pensión Desempleo Asistencia pública SSI
 SSD (discapacidad) Discapacidad a corto plazo Apoyo de la familia/amigos Otros (especifique): _____

INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR**	Número de personas en el hogar:
La solicitud no se procesará si no se proporciona esta información	

SOLICITUDES DE AYUDA FINANCIERA (marque todas las que correspondan)

Transporte por tierra (Uber, taxi, Lyft, auto de alquiler, tren) Kilometraje/estacionamiento/peajes Alojamiento del paciente Alojamiento para acompañantes
 Viaje en avión del paciente Viaje en avión del acompañante Otros (especifique): _____
 Viaje desde el aeropuerto desde _____ a _____ Precio aproximado del vuelo económico: _____

¿Cuántas millas (viaje de ida y vuelta) desde el hogar hasta la ubicación del ensayo? _____

Tenga en cuenta que los fondos son limitados y se otorgarán según la disponibilidad, así como si cumple con los requisitos de elegibilidad de la Fundación contra el Cáncer Lazarex.

No proporcionamos asistencia con gastos tales como alquiler, hipoteca, pagos de servicios públicos, cuidado de niños, cuidado de mascotas o alimentos.

No reembolsamos los gastos relacionados con los copagos o deducibles del seguro. No proporcionamos asistencia con los gastos antes de la aprobación..

Nombre impreso del paciente o representante del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante del paciente: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL (opcional)

El siguiente conjunto de preguntas es para uso exclusivo de la Fundación contra el Cáncer Lazarex, para ayudarnos a atender mejor a las pacientes y no afectará la inscripción en el programa

¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado el paciente?

- Menos que un diploma de escuela secundaria
 Diploma de escuela secundaria o equivalente
 Título de grado (p. ej., BA, BS)
 Maestría (p. ej., MA, MS, MEd)
- Doctorado (p. ej., PhD, EdD)
 Otro: (especifique) _____
 Estudiante - Si es estudiante, ¿en qué grado? _____

- Hombre
 Mujer
 Mujer a hombre (FTM)/hombre transgénero/hombre trans
 Se niega a contestar

El paciente se identifica como:

- Hombre a mujer (MTF)/mujer transgénero/mujer trans
 Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino
- Categoría de género adicional/(u otro), especifique: _____

Si se siente cómodo compartiéndolo, ¿qué fe predica el paciente?

En el futuro, ¿le gustaría al paciente compartir su historia, foto y experiencia con la Fundación contra el Cáncer Lazarex? Sí No

¿Es el paciente un ciudadano estadounidense? Sí No

Para que podamos comprender mejor las necesidades de nuestros pacientes y mejorar nuestro nivel de servicio, ¿estaría el paciente dispuesto a participar en encuestas sencillas en el futuro? Sí No

La Fundación contra el Cáncer Lazarex está comprometida con los principios del acceso equitativo a los servicios. Lazarex prohíbe la discriminación contra cualquier persona por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, orientación sexual, género o expresión de género, estado civil, familiar o parental, religión, información genética, estado militar, creencias políticas, estado migratorio o cualquier otro estado protegido por la ley local, estatal o federal, en relación con sus programas y actividades. Esta política se extiende a todas las decisiones del personal, términos y condiciones de empleo, contratos de proveedores y prestación de servicios. Estamos comprometidos a proporcionar un entorno inclusivo y acogedor para todos los miembros de nuestro personal, voluntarios, subcontratistas, proveedores y pacientes. La Fundación contra el Cáncer Lazarex es una organización sin ánimo de lucro 501(c)(3). Nuestro número de identificación fiscal es 20-2562494.

Envíe este formulario por fax al 925-552-7305 o envíe un correo electrónico a patientservices@lazarex.org o envíelo a la Fundación contra el Cáncer Lazarex, P.O. Box 741, Danville, CA 94526. Lazarex Cancer Foundation revisará esta información y se pondrá en contacto con la persona que solicita la asistencia de reembolso.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

DESPUÉS DE QUE EL SOLICITANTE HAYA SIDO ACEPTADO EN UN ENSAYO CLÍNICO, ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER COMPLETADA Y FIRMADA POR SU PROFESIONAL MÉDICO DEL ENSAYO CLÍNICO (ENFERMERO DE ONCOLOGÍA, MÉDICO, TRABAJADOR SOCIAL, COORDINADOR DE ENSAYO CLÍNICO, ETC.).

ESTE FORMULARIO SE DEBERÁ DEVOLVER A LA FUNDACIÓN CONTRA EL CÁNCER LAZAREX PARA COMPLETAR LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA Y COMENZAR EL PROCESO DE REEMBOLSO.

Nombre del paciente: _____

Cáncer primario: _____

Estadio del cáncer primario: _____

Médico/doctor principal del ensayo clínico: _____

Número de teléfono directo del médico/doctor principal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Clínica/hospital de ensayos clínicos: _____

Dirección del ensayo clínico: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Compañía patrocinadora del ensayo clínico: _____

N.º de NCT del ensayo clínico (necesario para recibir asistencia): _____

Nombre del ensayo clínico: _____

Fase del ensayo clínico: Fase I Fase II Fase III Fase IV Fase I/II Fase II/III Fase III/IV

¿El paciente recibe actualmente un reembolso financiero del patrocinador del ensayo clínico? Sí No

En caso afirmativo, ¿es este un estipendio por participar? Sí No

Cantidad: _____ Por única vez Cada visita N.º de pagos/frecuencia: _____

¿Es esto un reembolso por gastos de viaje? Sí No Por única vez Cada visita

Transporte por tierra (Uber, taxi, Lyft, auto de alquiler, tren) Kilometraje/estacionamiento/peajes Alojamiento del paciente Alojamiento para acompañantes

Viaje en avión del paciente Viaje en avión del acompañante Otros (especifique): _____

Programa de tratamiento: (p. ej.: tres semanas, con tres semanas de descanso)

NOMBRE Y RELACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL ENSAYO CLÍNICO QUE COMPLETA ESTA SECCIÓN, SI DIFIERE DE LO ANTERIOR:
(escriba de forma clara en letra de imprenta)

Nombre: _____

Número de teléfono directo: (sin números generales) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del representante del ensayo clínico: _____ Fecha: _____

Su relación con la persona que solicita ayuda: Doctor Enfermero Trabajador social Coordinador del EC Otro (especifique): _____

Envíe este formulario por fax al 925-552-7305 o envíe un correo electrónico a patientservices@lazarex.org o envíelo a la Fundación contra el Cáncer Lazarex, P.O. Box 741, Danville, CA 94526.

P.O. Box 741, Danville, CA 94526 Línea gratuita: 877-866-9523 O ic.: 925-820-4517 Fax. 925-552-7305 www.lazarex.org
La Fundación contra el Cáncer Lazarex es una organización sin ánimo de lucro 501(c)(3). Nuestro número de identificación fiscal es 20-2562494