



El Programa HairToStay

Estamos encantados de poder ofrecerle esta solicitud de subsidio de HTS en español para su conveniencia. Sin embargo, usted debe tener el apoyo de alguien que es fluente en inglés para que todo el proceso del tratamiento de enfriamiento del cuero cabelludo tenga éxito. Es su responsabilidad buscar a esa persona, aunque a veces un trabajador social del hospital puede ayudarle con este tipo asuntos.

Es posible que nuestros proveedores calificados para el tratamiento de enfriamiento del cuero cabelludo no tengan empleados que hablen español. Las instrucciones para el pago a las empresas, la correcta utilización de los equipos de refrigeración en el cuero cabelludo y los protocolos de cuidado del cabello que necesita seguir serán en inglés.

Le deseamos éxito con su quimioterapia y con el tratamiento de enfriamiento del cuero cabelludo.

El Programa de Subsidio HairToStay esta diseñado para ayudar a personas que están recibiendo quimioterapia para el cáncer que no pueden permitirse el lujo de pagar el tratamiento de enfriamiento del cuero cabelludo. El programa tiene pautas de elegibilidad específicas y otros requisitos. Lo siguiente le ayudará a decidir si es elegible para participar.

¿Quién califica para un subsidio?

Para ser elegible para recibir un subsidio, usted debe:

- Demostrar necesidad financiera — El ingreso de su hogar debe estar en o por debajo del 300% del Nivel Federal de Pobreza y debe documentar esto como descrito abajo en esta solicitud. Para solicitar una subvención, su Ingreso Total del Hogar no puede ser mayor que la cantidad que se enumeran en la tabla a continuación.

Niveles de Pobreza Federales			
Tamaño de Unidad Familiar	Donde Usted Vive		
	48 Estados Contiguos y el D.C.	Alaska	Hawái
1	\$36,180	\$45,180	\$41,580
2	\$48,720	\$60,870	\$56,010
3	\$61,260	\$75,750	\$70,440
4	\$73,800	\$92,250	\$84,870
5	\$86,340	\$107,940	\$99,300
6	\$98,880	\$123,630	\$113,730
7	\$111,420	\$139,320	\$128,160
8	\$123,960	\$155,010	\$142,590

Para cada persona adicional en casa, agregar lo siguiente:

48 Estados Contiguos	\$12,540
Alaska	\$15,690
Hawái	\$14,430

- Ser un paciente de quimioterapia que se le ha diagnosticado un tumor sólido de cáncer. [El Enfriamiento del cuero cabelludo no se recomienda para pacientes con cáncer en la sangre (hematológica) y aquellos pacientes no son elegibles para subsidio.]
- Ser residente de los EEUU tiempo completo recibiendo tratamiento en un centro médico ubicado en los Estados Unidos.
- Ya estar utilizando o listo para usar un sistema de refrigeración del cuero cabelludo de uno de los siguientes Proveedores Calificados de Refrigeración del Cuero Cabelludo:
 - Dignitana Dignicap System
 - Penguin Cold Caps
 - Wishcaps
 - Chemo Cold Caps
 - Arctic Cold Caps

IMPORTANTE: No subsidiamos gastos de tratamiento del enfriamiento del cuero cabelludo incurridos antes de que su solicitud sea aprobada, sólo los gastos que incurra una vez que su subsidio ha sido aprobado formalmente.

Cómo será Notificado

Usualmente será notificado a plazo de una semana después de la sumisión de una solicitud completada con respecto al estado de su solicitud. Si no le hemos contactado, por favor póngase en contacto con nosotros.

La Cantidad de la Subsidio y Cómo Sera Reembolsado

Los beneficiarios de subsidio generalmente serán reembolsados hasta \$250 por mes hasta un total de \$1,000. Para poder ser reembolsados, copias de las declaraciones del proveedor del tratamiento de enfriamiento del cuero cabelludo deben ser proporcionadas a plazo de un mes de alquiler o cobro. HairToStay emitirá un cheque por la cantidad del subsidio tras recibir cada estado de cuenta.



Instrucciones al paciente:

1. Complete todos los campos en la página 2 y 3 de la solicitud. Las solicitudes incompletas demorarán el procesamiento de su solicitud.
2. Firme la solicitud.
3. Envíe la solicitud y la documentación para el Programa de Subsidio de HairToStay por correo postal de Estados Unidos, fax o correo electrónico a hairtostay@pap-apps.org.

SU INFORMACION

Nombre (Primer y Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Diurno: _____

Seguro Social o # Residencia Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____ Fax: _____ Género: (Marque uno) M F

Al proporcionar su correo electrónico nos da permiso para comunicarnos con usted de esa manera.

Al proporcionar su fax nos da permiso para comunicarnos con usted de esa manera.

¿Usted recibirá tratamiento de quimioterapia en la Universidad de California, San Francisco? Si No

¿Como supo primeramente acerca de *HairToStay*? (seleccione uno)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doctor o oncólogo | <input type="checkbox"/> Amistad o miembro de familia | <input type="checkbox"/> El Proyecto Rapunzel |
| <input type="checkbox"/> Enfermera o personal administrativo medico | <input type="checkbox"/> Sitio web <i>HairToStay</i> | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Centro de infusión | <input type="checkbox"/> Resultado de búsqueda en internet | |
| <input type="checkbox"/> Prensa o cobertura informativa | <input type="checkbox"/> Proveedor de sistemas de enfriamiento del cuero cabelludo (por favor especifique) _____ | |

INFORMACION DE ELEGIBILIDAD

Estatus de Residencia: _____ Ciudadano de EE.UU _____ Residente Legal _____ Visa de Trabajo (adjunte una copia de su visa de trabajo)

Ingreso total del hogar: _____

Documentación justificada requerida (seleccione uno):

- Aplicando antes de Abril 15 – copia de la primera página de declaración de impuestos de año pasado
- Aplicando después de Abril 15 – copia de la primera página de declaración de impuestos de este año
- No requerido presentar una declaración de impuestos – adjunte el formulario 4607-T
- Si recibe seguro social, una copia del SSA 1099
- Copia de los dos más recientes talones de pago para todos los miembro de familia empleados
- Prueba de todas las pensiones, intereses, pensión alimenticia, manutención y pagos de jubilación para todos los miembros de la familia

Si el solicitante no tiene ingresos, entonces se requiere una carta del medico del solicitante, abogado o persona o agencia que acredite cero ingresos.

Tamaño de hogar: _____

Marque si cierto: No tengo ninguna cobertura de seguro médico (privado o gobierno) que paga por los tratamientos de enfriamiento del cuero cabelludo.

Marque si cierto: No estoy recibiendo ninguna otra subvención o ayuda para pagar mi tratamiento de enfriamiento del cuero cabelludo.



PREGUNTAS MEDICAS

Por favor seleccione el sistema de Enfriamiento del Cuero Cabelludo que ha elegido:

- Sistema Dignitana Dignicap Gorras Frías Chemo Gorras Frías Pingüino Gorras Frías Árticas Wishcaps

Por favor seleccione el Tipo de cáncer que usted haya sido diagnosticado. También haga un círculo a la etapa si sabes.

Tipo	Etapa (circula uno)	Tipo	Etapa (circula uno)
<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	I II III IV	<input type="checkbox"/> Uterino	I II III IV
<input type="checkbox"/> Colorrectal	I II III IV	<input type="checkbox"/> Ovárico	I II III IV
<input type="checkbox"/> Hígado	I II III IV	<input type="checkbox"/> Urinario	I II III IV
<input type="checkbox"/> Pancreático	I II III IV	<input type="checkbox"/> Cerebro	I II III IV
<input type="checkbox"/> Estómago	I II III IV	<input type="checkbox"/> Oral	I II III IV
<input type="checkbox"/> Piel	I II III IV	<input type="checkbox"/> Otro: Por Favor Especifique _____	I II III IV

¿En que fecha esperas recibir tu primer (o siguiente, si ya has comenzado) tratamiento de enfriamiento del cuero cabelludo? _____

¿Cuántos tratamientos de refrigeración del cuero cabelludo en total espera recibir? _____

¿Cuántos tratamientos de refrigeración del cuero cabelludo en total ha recibido ya (si alguno)? _____

¿Cómo será facturado y cuanto espera pagar por su tratamiento de refrigeración del cuero cabelludo?

- Seré facturado por separado para cada tratamiento en la cantidad de _____
- Seré facturado un cargo mensual en la cantidad de _____
- Seré facturado de alguna otra manera - describa la frecuencia y la cantidad _____

¿En que fecha recibió (o espera) recibir su primer tratamiento con quimioterapia? _____

Por favor proporcione la información de contacto de su oncólogo:

Nombre _____ Teléfono _____

Por favor, proporcione la información de contacto del centro médico donde usted estará recibiendo sus tratamientos de quimioterapia:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información Opcional: Complete cualquiera de las siguientes preguntas que sepas la respuesta.

¿Qué régimen(es) de medicamentos de quimioterapia le ha recetado su doctor? _____

¿Con qué frecuencia usted espera recibir el tratamiento de quimioterapia (e.d., dos veces a la semana, una vez cada tres semanas, una vez al mes, etc.)? _____

¿Cuántos tratamientos de quimioterapia total esperas recibir? _____

Si usted ha sido diagnosticado con cáncer de mama, por favor, seleccione su estado del Receptor/HER2 de hormona (Seleccione todas las que aplique):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ER-Positivo | <input type="checkbox"/> ER-Negativo |
| <input type="checkbox"/> PR-Positivo | <input type="checkbox"/> PR-Negativo |
| <input type="checkbox"/> HER2 Positivo | <input type="checkbox"/> HER2 Negativo |
| <input type="checkbox"/> Triple Positivo | <input type="checkbox"/> Triple Negativo |



EI ACUERDO

Usted debe firmar este formulario antes de que podamos procesar su solicitud.

Esta solicitud será válida por seis meses a partir de la fecha de presentación. Después de ese tiempo, usted debe presentar una nueva solicitud.

Al firmar este formulario, usted indica que comprende y acepta las siguientes condiciones:

HairToStay no ofrece ninguna garantía respecto a la conveniencia o eficacia de cualquier tratamiento de refrigeración del cuero cabelludo y que debo consultar con un profesional médico antes de someterme al tratamiento de refrigeración del cuero cabelludo.

Toda la información que he proporcionado en esta solicitud es exacta y completa al mejor de mi conocimiento.

El programa de subsidio de *HairToStay* se reserva el derecho de solicitar verificación de ingresos adicionales u otra información de calificación antes de tomar una decisión definitiva sobre mi solicitud.

No he sido aprobado ni espero ser aprobado para reembolsos de seguros o pagos de la subvención de cualquier organización que ayude a pagar el costo de mis tratamientos de refrigeración del cuero cabelludo. (Aportaciones personales de miembros de la familia o amigos están permitidos).

Yo le notificaré al Programa inmediatamente si hay algún cambio de mi estado de ingresos o si obtengo una subvención de otra organización.

Consiento en participar en una revisión breve de pre-tratamiento y post-tratamiento y entiendo que *HairToStay* puede públicamente utilizar la información obtenida de las encuestas (sin ninguna información de identificación personal).

Le doy permiso a *HairToStay* para contactar a mi oncólogo y centro de infusión para verificar la información que he proporcionado en esta solicitud, y compartir esta información con mi proveedor de el enfriamiento del cuero cabelludo.

Le doy permiso para contactarme por teléfono y por correo electrónico durante y después de mi participación en el programa.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

GRACIAS A NUESTROS DONANTES Y PATROCINADORES

The Safeway Foundation

- | | | | | | |
|----------------------|--------------------|-------------------|------------------|----------|--------------------|
| DiPietro Todd Salons | Joseph Cozza Salon | Morla Design | NeedyMeds | MOO | Charles Chocolates |
| Dignitana | Chemo Cold Caps | Penguin Cold Caps | Arctic Cold Caps | Wishcaps | |