



**Programa de Recaida  
Requisitos de Elegibilidad**

1. Cualquier niño o niña que resida en el condado de Ventura, Santa Bárbara, o San Luis Obispo que sea diagnosticado/a con cáncer antes de la edad de 18 años y en tratamiento antes de los 21 años de edad es elegible para consideración. Si su hijo o hija recaída antes de los 18 años de edad, su familia puede re-aplicar para recibir asistencia financiera adicional.
2. Solicitantes necesitan presentar una aplicación para asistencia financiera cada año que asistencia es necesitada.
3. Las familias de bajo o medio recurso en consideración de las directrices de U.S Department of Housing and Urban Development (HUD) tienen prioridad para recibir asistencia financiera.
4. Todas las secciones de esta aplicación deben de ser completadas. La aplicación puede ser negada si falla de completar todas las secciones de la aplicación.
5. Entregue la aplicación completa a su trabajador/a social. El o la trabajador/a social revisara que toda la aplicación fue completada. La aplicación será mandada a la directora de programas, Becca Solodon. Si no tiene una trabajador/a social, puede mandar la aplicación a:

Email:

[becca@teddybearcancerfoundation.org](mailto:becca@teddybearcancerfoundation.org)

USPS mail address: 3892 State St., Ste. 220, Santa Barbara, CA 93105

Para preguntas: (805) 563-4785

**Documentos Requeridos: (Madre y Padre de familia)**

<b>Prueba Aceptable de Ingresos y Residencia</b>	
Si usted o su hija/o recibe asistencia de Medi Cal este año (asistencia de salud pública):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de asistencia de salud pública (copia de la carta de Medi Cal)</li> <li>• Prueba de residencia en el condado de Santa Bárbara, Ventura, o San Luis Obispo. Por ejemplo, puede entregar una copia de la cedula de identidad, recibo de sueldo, registro del coche, o cualquier factura de servicios públicos con el domicilio de su hogar.</li> <li>• Carta de recomendación de su trabajador/a social</li> </ul>
Si su familia tiene seguro de salud privado este año:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del más reciente recibo de sueldo (si tiene)</li> <li>• Prueba de residencia en el condado de Santa Bárbara, Ventura, o San Luis Obispo. Por ejemplo, puede entregar una copia de la cedula de identidad, recibo de sueldo, registro del coche, o cualquier factura de servicios públicos con el domicilio de su hogar.</li> <li>• Carta de recomendación de su trabajador/a social</li> <li>• La declaración de impuestos del año anterior</li> </ul>

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento (estado/país): \_\_\_\_\_

 niño  niña | Raza:  Caucasico  Afro-Americano  Latino/a  Asiati  Other: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Domicilio (Calle/Ciudad/Código postal): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**INFORMACION MÉDICA**

Diagnóstico del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tipo de cáncer: \_\_\_\_\_

Fecha del inicio de tratamiento: \_\_\_\_\_ Longitud proyectada del tratamiento: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE TRABAJADOR/A SOCIAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre del hospital o clínica: \_\_\_\_\_

Domicilio del hospital: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**PATIENT FUN FACTS**

Favorito platillo: \_\_\_\_\_ Favorito color: \_\_\_\_\_ Favorita canción: \_\_\_\_\_

Favorita caricatura: \_\_\_\_\_ Favorito programa: \_\_\_\_\_

Favorito libro: \_\_\_\_\_ Favorito deporte: \_\_\_\_\_

Quiero visitar este lugar \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL HOGAR**

Liste los nombres, la edad, y la relación al paciente de todos los **dependientes** del hogar (incluya a los padres y a los hijo/as).

- 1. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Liste los nombres, la edad, y relación al paciente de todos los **miembros del hogar** (familia adicional que viva en su hogar).

- 1. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**INGRESOS DEL HOGAR: Empleo**

Padre/Guardián

Empleador: \_\_\_\_\_ Salario mensual: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El padre de la familia a tomado vacaciones sin pago  Si  No

El padre de la familia tiene empleo?  Si  No

*\*Por favor inclúa prueba de vacaciones sin pago o de desempleo.*

Madre/Guardián

Empleador: \_\_\_\_\_ Salario mensual: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La madre de familia a tomado vacaciones sin pago  Si  No

La madre de familia tiene empleo?  Si  No

*\*Por favor inclúa prueba de vacaciones sin pago o de desempleo.*

**OTRO TIPO DE INGRESO** *(Incluía prueba de ingresos adicionales solo si tiene seguro de salud privado.)*

SSI \$ \_\_\_\_\_ Apoyo para hijo/a \$ \_\_\_\_\_ Trabajando por cuenta propia \$ \_\_\_\_\_

AFDC \$ \_\_\_\_\_ Otro ingreso \$ \_\_\_\_\_ Beneficios de desempleo \$ \_\_\_\_\_

**INGRESO DEL HOGAR PROJECTADO (Este año):** \_\_\_\_\_

**RESIDENCIA PRINCIPAL**

Renta o es dueño de casa?  Dueño/a  Renta

**GASTOS DE FAMILIA (mensual)**

Pago/renta \$ \_\_\_\_\_

Pago de vehículo \$ \_\_\_\_\_

Pago de préstamos \$ \_\_\_\_\_

Pagos de hogar \$ \_\_\_\_\_

Gastos del hogar \$ \_\_\_\_\_  
*(i.e. comida, etc.)*

Otros gastos \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL (gastos mensuales) \$** \_\_\_\_\_

**OTRAS DEUDAS DE FAMILIA**

Describa otras deudas no ya incluidas en esta aplicación:

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**ASISTENCIA DE OTRAS ORGANICIONES**

*Describa cualquier otra asistencia recibida de otras organizaciones.*

Organizaciones: \_\_\_\_\_ Tipo de asistencia: \_\_\_\_\_

Organizaciones: \_\_\_\_\_ Tipo de asistencia: \_\_\_\_\_

Programa de Estabilidad Financiera	Apoyo Emocional
<p>Teddy Bear Cancer Foundation sabe lo duro que es ser diagnosticado con cáncer pediátrico para toda familia, incluyendo su estado financiero. Nosotros ofrecemos lo siguiente para familias de bajos recursos para poder ayudar con carga financiera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asistencia Financiera Directa (AFD):</b> Familias de bajos recursos pueden recibir hasta \$5,000 para gastos críticos como renta, hipoteca, gastos de auto o acomodaciones de hotel cerca del hospital, para que la familia se pueda concentrar en la salud su hijo/a.</li> <li>• <b>Fondos de Recaída:</b> Si un niño/a recae, familias pueden pedir \$2,500 adicionales para apoyo financiero.</li> <li>• <b>Fondos Funerarios:</b> Asistimos a familias hasta \$2,500 para cubrir gastos funerarios.</li> </ul>	<p>TBCF provee apoyo profesional y personal para toda la familia incluyendo padres, niño/a en tratamiento y hermano/as</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Apoyo de Grupo para Familias</b>  <b>Santa Barbara:</b> TBCF ofrece grupos de apoyo bilingües que son facilitados por un trabajador social con licencia. Las familias obtienen el apoyo de unos a otros durante su participación en los ejercicios y actividades de grupo.  <b>Ventura:</b> En conjunto con la Clínica del Centro Médico del Condado de Ventura Hematología / Oncología Pediátrica, Centro de Recursos para el Cáncer del Hospital Memorial de la Comunidad; The Wellness Community Valley / Ventura; Leucemia y Lymphoma Society, y la Sociedad Americana del Cáncer, TBCF proporciona un grupo de apoyo para los padres, así como grupos artísticos y expresivos de discusión para el niño con cáncer y sus hermanos  <b>Santa Maria:</b> En conjunto con, Marian Cancer Care en Mission Hope Cancer Center, estamos orgullosos de ofrecer mensualmente los grupos de apoyo en Santa Maria. TBCF proporciona un grupo de apoyo para los padres, así como grupos artísticos y expresivos de discusión para el niño con cáncer y sus hermanos</li> <li>• <b>“Bear” Necessities:</b> TBCF ofrece a las familias con artículos, como muebles, electrodomésticos, ropa o ropa de cama, para las familias con los más pequeños.</li> <li>• <b>Eventos de Conexión para Familias:</b> Tenemos variedades de eventos sociales incluyendo BBQs, paseos para los niños y su familia para poder tener apoyo entre padres y poder conectarse u al otro.</li> <li>• <b>Cuidar a los que Cuidan:</b> Cuidar a un niño con cáncer puede ser agotador y aislar. Spa Día para la mama y día de pescar para el papa son organizados por TBCF.</li> <li>• <b>Celebración de Días Festivos:</b> Familias de niño/as en tratamiento pueden participar en el proyecto de días festivos para recibir regalos de Navidad, canastas de Pascuas, comida para Acción de Gracias, tarjetas del Día de San Valentín, tarjetas de comida y mucho más. Todo es proveído por donadores y serán entregados a su casa o lugar de tratamiento.</li> </ul>
Programa de Abogacía de Educación	
<p>Este programa ayuda a padres con herramientas necesarias para poder abogar y apoyar a sus niño/as con su carrera académica para poder tener una buena transición cuando regresen a la escuela después de su tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios de Tutoría:</b> Niño/as y jóvenes que necesitan apoyo académico individual pueden recibir \$500 para servicios de tutoría con maestro acreditados. Este programa se recomienda para los que están en mantenimiento y remisión.</li> <li>• <b>Examen Neurológico:</b> Esto ayuda a familias aprender sobre las dificultades asociadas con el tratamiento. TBCF cubre hasta \$1,500 para un examen neurológico. Los resultados pueden ser usados como herramientas para poder entender y abogar efectivamente para la academia de su niño/a. El examen neurológico es una serie de exámenes oral y escrito administrado por un psicológico que podrá ver las habilidades de su niño/a. Esta cantidad será pagada a dos psicólogos en Santa Bárbara. Uno habla español.</li> </ul>	

**Programa de Estabilidad Financiera Forma de Solicitud**

**\$2,500: Cantidad de fondos de recaida**

Cada familia, si aprobada, recibirá hasta de \$2,500 de ayuda finaciera.

\$2,500      Fondos de Recaida

**Cantidad Solicitada: \$2,500** / Social Worker Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Uso SOLO para oficina**

Programa	Cantidad Concedida	Fecha de Concedimiento	Director de Programas (Iniciales)
Fondos de Recaida			

**Información de Familia Aprobada**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Guardian(es): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Familia: \_\_\_\_\_

Aplicación Completada (fecha): \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Primer Pago: \_\_\_\_\_ Segundo Pago: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Director(a) (Firma): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Director(a) Ejecutivo(a) (Firma): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

TÉRMINOS Y CONDICIONES  
CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Al firmar este formulario, entiendo y estoy de acuerdo con los términos establecidos a continuación:

- Teddy Bear Cancer Fundación perseguirá la restitución de las subvenciones, si se determina que la información presentada en la solicitud es falsa.
- E leído los Requisitos de Elegibilidad de Asistencia Financiera y declaro que la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo los documentos adjuntos, es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.
- Teddy Bear Cancer Fundación reserva el derecho de apartarse de las directrices cuando se presenten necesidades especiales.
- Toda la información revelada en este formulario es confidencial.

Autorizo a todos los hospitales, las instituciones financieras y los grupos y / o compañías de seguros para liberar a Teddy Bear Cancer Foundation, o su representante debidamente autorizado, cualquier información que la Fundación considere necesario para completar su investigación en mi solicitud de ayuda financiera.

Firma de Madre o Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

**EXENCION Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he autorizado por mí mismo, y / o mi niño / niños, \_\_\_\_\_, de los cuales yo soy el tutor legal o padre, a participar en las actividades y eventos organizados por la Fundación.

En consideración de la Fundación permito que mi hijo/a(s) para participar en este evento, yo, por mí mismo, y en nombre de mi cónyuge, hijo (s), tutor, herederos, familiares y los representantes legales, convienen a cada uno de los siguientes:

1. \_\_\_\_ Doy mi consentimiento para la grabación, utilización y reutilización de la Fundación de mi voz, la imagen, las acciones, el nombre y la apariencia de cualquier publicación de la Fundación y / o con fines de recaudación de fondos de la Fundación en los boletines, membretes, anuncios en internet, diseño de páginas web, folletos, folletos u otras publicaciones.

2. Yo voluntariamente doy permiso a mí y / o mi hijo / a para participar en estas actividades con el conocimiento de esta publicación potencial y / o el uso de recaudación de fondos. Soy consciente de que ni yo ni mi hijo / hijos, ni ninguna persona que no sea de Teddy Bear Cancer Foundation, recibirá ningún beneficio monetario o de otro tipo, de cualquiera de las fotografías de mis y / o / de los niños de mi hijo de las otras actividades que ofrece Teddy Bear Cancer Foundation.

Yo estoy de acuerdo en aceptar que esta publicación y / o recaudación de fondos pueden producirse en estos términos, y verifico esta afirmación colocando mis iniciales aquí: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_ Yo estoy de acuerdo que yo, mis cesionarios, herederos, distribuya, tutores y representantes legales, no aran un reclamo contra, demandar, o adjuntar los bienes de la Fundación, o de cualquiera de sus organizaciones afiliadas, directores, funcionarios o empleados de cualquier lesión, daño o pérdida resultante de la publicación de ningún dibujos, fotografías, escritos, entrevistas, u otras actividades.

4. \_\_\_\_ Reconozco y asumo todos los riesgos y aspectos de las actividades y eventos organizados por la Fundación. Reconozco que yo y / o mi hijo (s) voy a participar en nuestro propio riesgo, y la renuncia, lanza, PACTO NO DEMANDAR, INDEMNIZACIÓN Y de toda obligación a la Fundación y de cualquiera de sus organizaciones afiliadas, directores, funcionarios y empleados de todas las acciones, reclamos, demandas y causas de acción que yo, mis cesionarios, hijo (s), cónyuge, herederos, distribuye, tutores y representantes legales ahora tienen o pueden tener en lo sucesivo por cualquier lesión, daño o pérdida que resulte de mi la participación o la participación de mi hijo / de los niños en las actividades.



**EXECION Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

He leído cuidadosamente este acuerdo y entiendo completamente su contenido. Soy consciente de que esta es una versión de cualquier posible responsabilidad y un contrato entre mi persona y Teddy Bear Cancer Foundation y / o sus organizaciones afiliadas y e firmado por mi propia voluntad.

Ejecutado en \_\_\_\_\_, California, en \_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

**Testigo de Declaración**

Certifico que \_\_\_\_\_ [*Nombre del liberador*] reconoció ante mí que él / ella ha leído y entendido por completo el significado y las consecuencias de la autorización y firmado en mi presencia.

Ejecutado en \_\_\_\_\_, California, en \_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del testigo