

INCENTIVO DE LOS FONDOS DE ORION



El Fondo del incentivo contra el Cáncer de la Red de Ontológica Integrada de Recursos O'Callaghan (ORION) fue establecido para proporcionar asistencia financiera a pacientes con cáncer para necesidades básicas de vida y es un programa de financiamiento para adultos de Nevada Childhood Cancer Foundation (NVCCF - una organización sin fines de lucro, 501 (c) 3.)

Criterios de elegibilidad:

- Pacientes, al menos 18 años de edad que actualmente están recibiendo tratamiento médico para el cáncer en el sur de Nevada. **La carta firmada por su oncólogo debe incluir el tipo de tratamiento actual, como la quimioterapia, etc.**
- Aquellos que demuestren dificultades financieras relacionadas con el diagnóstico de Cancer
- Los solicitantes elegibles pueden recibir fondos QUE NO excedan \$1,500 en un período de 12 meses para renta, hipoteca, servicios públicos, pagos de automóviles y copagos de seguros

Los gastos médicos NO se pagan (excepto para la mamografía de detección inicial para personas sin seguro Médico). Si la aplicación es aprobada, los fondos se pagan directamente a las direcciones proporcionadas en las facturas enviadas.

Proceso de solicitud: Las solicitudes de asistencia pueden ser aprobadas UNA VEZ sólo en un período de 12 meses. Completando una solicitud **NO** garantiza los fondos de Orion. La solicitud está disponible en www.nvccf.org y puede ser presentada a la Fundación Orion por medio de:

- Correo: c/o NVCCF, 3711 E. Sunset Rd., Las Vegas, NV 89120
- Correo electrónico: info@nvccf.org
- Fax: 702. 735. 8431

DOCUMENTACION REQUERIDA - Incluya la siguiente documentación con su solicitud:

- Carta de encabezado del oncólogo (que verifica el diagnóstico y el tratamiento actual de cáncer)
- Datos personales en la solicitud (página 2)
- Hoja de trabajo de solicitud (Página 3)
- Todas las copias requeridas por (Página 3)
- Firmar la aplicación requerida en (Página 4)

Las solicitudes NO se consideran COMPLETAS sin presentar TODA la documentación requerida. Las solicitudes incompletas no se revisarán. LOS FONDOS APROBADOS SON ADMINISTRADOS Y APROBADOS POR UN COMITÉ. NO SE PROPORCIONAN LAS RAZONES POR LA CUAL UNA SOLICITUD ES RECHAZADA.

LOS MIEMBROS DEL PERSONAL DE NVCCF NO TIENEN ACCESO A NINGUNA INFORMACION DE LA SOLICITUD PROPORCIONADA A ORION. Todos los solicitantes recibirán una carta de aprobación O denegación dentro de los 60 días posteriores a la recepción por parte de ORION.

INCENTIVO DE LOS FONDOS DE ORION

DATOS PERSONALES

Llene completamente, letra debe ser con claridad y legible

Nombre Completo:

Direccion Ciudad Estado Codigo Postal

Correo Electronico Edad: Estado Civil

Tel Hogar Tel Celular

Situacion Laboral: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Retirado

Aplico para Desabilidad (Si o No) Fecha: Aprobada: Si o No Fecha:

Empleador Actual: Fecha de Ultimo Dia de Trabajo:

Direccion Ciudad Estado Codigo Postal

Empleador Previo de los últimos 2 años:

Direccion Ciudad Estado Codigo Postal

Su Esposo(a)/Conyuge Trabaja? (Si o No) Nombre de Empleador:

Direccion Ciudad Estado Codigo Postal

Padece Cancer de Mama?: (Si o No) Si No, Que tipo de Cancer?:

Referido por: Nombre de Oncologo (Medico de Cancer)

Nombre de Personas que Residen en el Hogar

Nombre	Parentesco	Edad	Empleador

Explicar brevemente sus dificultades financieras actuales debido al diagnóstico:

Incentivo de los fondos de ORION para Personas que Padecen Cáncer
HOJA DE TRABAJO DE SOLICITUD

Una COPIA de toda la documentación es Necesaria para la consideración de financiación. Las solicitudes serán rechazadas si no entrega copias de lo ya mencionado

Proporcionado	Lista de Ingresos – INCLUIR COPIAS	Cantidad
<input type="checkbox"/>	Su salario mensual (Incluir talones de pago o declaración de impuestos)	\$
<input type="checkbox"/>	Salario mensual de su cónyuge/pareja (Incluir talones de pago o declaración de impuestos)	\$
<input type="checkbox"/>	Discapacidad	\$
<input type="checkbox"/>	Seguro Social	\$
<input type="checkbox"/>	Jubilación/Pensión/Beneficio por Muerte	\$
<input type="checkbox"/>	Manutención de Niño / apoyo conyuge	\$
<input type="checkbox"/>	Estampillas Alimenticias	\$
<input type="checkbox"/>	Otros Ingresos- Por favor explique	\$
	Total de Ingreso mensual	\$

	Lista de GASTOS PROMEDIO MENSUALES – INCLUIR COPIAS	Cantidad
<input type="checkbox"/>	Renta o Hipoteca (declaración hipotecaria/contrato de arrendamiento)	\$
<input type="checkbox"/>	Utilidades	\$
<input type="checkbox"/>	Electricidad	\$
<input type="checkbox"/>	Gas	\$
<input type="checkbox"/>	Agua	\$
<input type="checkbox"/>	Basura	\$
<input type="checkbox"/>	Manutención de niños (orden jurídica o talon de pago)	\$
<input type="checkbox"/>	Pago de Vehículo	\$
<input type="checkbox"/>	Seguro de Vehículo	\$
<input type="checkbox"/>	Seguro médico/COBRA/Copagos	\$
<input type="checkbox"/>	Gasolina (un promedio- No se requiere documentación)	\$
<input type="checkbox"/>	Gastos Alimenticios (un promedio- No se requiere documentación)	\$
<input type="checkbox"/>	Deducibles de factura médica/saldo restante adeudado	\$
<input type="checkbox"/>	Otros gastos- Por favor explique	\$

Total-Gastos Promedios Mensuales **\$**

A continuación, por favor liste individualmente la asistencia financiera solicitada.

1.		\$
2.		\$
3.		\$

Total de Asistencia financiera solicitada **\$**

Incentivo de los fondos de ORION para Personas que Padecen Cáncer

PÁGINA DE FIRMA DE SOLICITUD

Favor de NO CONTACTAR a NVCCF ya que ellos no le podrán proporcionar ninguna información de su solicitud. Los representantes de los fondos de Orion se comunicarán con usted por correo electrónico o le llamarán directamente solamente si requieren alguna otra información.

Por favor, firme, iniciales, en áreas correspondientes:

Entiendo que completar y aplicar NO garantiza la aprobación de fondos: _____
Iniciales

Entiendo que mi solicitud, para ser considerada para la financiación, debe incluir todos los documentos requeridos: _____
Iniciales

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa: _____
Iniciales

Libero al incentivo de los fondos de ORION, Nevada Childhood Cancer Foundation, y a todas las subsidiarias relacionadas de todas las responsabilidades o reclamaciones que surjan de la asistencia de los servicios prestados a mí o a mi familia. Autorizo a la Fundación ORION obtener, de las personas, empresas, organizaciones, agencias o entidades enumeradas en esta aplicación, cualquier información necesaria sobre mi caso que pueda ser útil para evaluar mi solicitud.

ESCRIBA NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

¿Cómo se enteró del incentivo de los fondos de Orion? _____

LOS FONDOS SON APROBADOS Y ADMINISTRADOS POR UN COMITÉ DE DONANTES. SI LAS SOLICITUDES SON NEGADAS, LOS APLICANTES SON LIBRES DE APLICAR DE NUEVO, PERO COMO EN TODOS LOS PROCESOS DE UN INCETIVO, NO SE PROPORCIONAN LAS RAZONES POR LAS CUALES UNA SOLICITUD ES NEGADA. LOS MIEMBROS DEL PERSONAL DE NVCCF NO TIENEN ACCESO A NINGUNA INFORMACION DE SU SOLICITUD. LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERÁN REVISADAS.

SOLAMENTE PARA USO ADMINISTRATIVO DE ORION:

Fecha recibida _____

Incentivo de los fondos de ORION para Personas que Padecen Cáncer

Fecha de revisión _____ Fecha de aprobación o negada: _____ Cantidad Aprobada: _____