



Solicitud de servicios basados en ubicación

Los límites de los servicios basados en la ubicación incluyen los condados de Denver Metro de Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas, Elbert y Jefferson. Si vive fuera del área metropolitana de Denver, complete nuestra solicitud de servicios basados en proveedores.

Nombre: _____ Fecha de solicitud: _____

Número de teléfono: _____ Email: _____

Dirección: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Fecha de nacimiento: _____ ¿Con qué género se identifica?: _____

Etnicidad (opcional): _____ Nombre del Médico: _____

Número de teléfono del médico: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de la lesión / diagnóstico: _____

Si se lesionó, ¿cómo sufrió su lesión?: _____

Si la lesión de la médula espinal, ¿qué nivel (i.e. C4/C5) _____

Referido por: _____

Si tiene un seguro privado, Medicare o Medicaid,

Indique el nombre del seguro y el número de identificación:

¿Ha recibido usted el apoyo de la Fundación del Plan Chanda antes? No ____ Sí ____ (año) _____

En caso afirmativo, por favor, compruebe el tipo de asistencia: **Basado en proveedores** _____

Basado en la ubicación _____ (ambos) _____

¿A qué tipo de tratamiento solicita acceso? Marque todo lo que corresponda.

Acupuntura Masaje

¿Actualmente está recibiendo alguna de estas terapias o ambas, y cuáles? _____

Si es así, ¿está pagando por estos servicios y cuánto o se están donando? _____

¿Tiene transporte? No ____ Sí ____

¿Necesita ayuda para transferirse de su silla de ruedas? No ____ Sí ____

Si es así, ¿tiene usted un asistente que pueda ayudar con esto? No ____ Sí ____

¿Es usted elegible para la Exención de Lesión de la Médula Espinal (Medicaid Pilot Program)? No ____ Sí ____

1. Tener 18 años de edad o más;
2. Tener un diagnóstico de una lesión de la médula espinal;
3. Se ha determinado que tienen un deterioro funcional significativo;
4. Se ha determinado que son elegibles financieramente; y
5. Residir en el Área Metropolitana de Denver, que consiste en Adams, Arapahoe, Denver, Douglas o el Condado de Jefferson

Hábitos de Salud y Estilo de Vida

MEDICAMENTOS: por favor liste todos los recetados, sin receta y suplementos que usted toma. Si necesita más espacio, adjunte una lista con su solicitud.

Nombre del Medicamento (La marihuana se considera un medicamento)	Dosis	¿Qué trata este medicamento?

¿Utiliza drogas recreativas? ____ No ____ Sí
¿Tiene un uso adictivo de medicamentos como analgésicos? ____ No ____ Sí
Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas de estilo de vida anteriores, ¿está interesado en establecer metas personales para cambiar cualquiera de los hábitos anteriores para mejorar su calidad de vida? ____ No ____ Sí
Si desea ampliar su información o su historia y cómo piensa que los tratamientos alternativos pueden ayudar, por favor, hágalo aquí (¿qué tipo de información adicional nos sería útil?)

Sírvase enumerar cualquier síntoma por el que reciba cuidado continuo:

Los síntomas (dolor, etc.)	Tratamiento actual

¿Por qué las terapias integradoras son importantes para usted?

Debe proporcionar información financiera y comprobante de ingresos para poder ser considerado.

Por favor circule qué prueba de ingreso está incluyendo en esta solicitud:

Declaración de impuestos del año actual

W-2

Declaración SSDI o SSI

Ingreso bruto anual de la CASA - Por favor incluya todos los Ingresos del hogar, es decir, padre, padrastro, cónyuge, hijos adultos (marque uno):

Menos de \$ 25,000

\$25,000 - \$55,000

\$55,000 +

Número de miembros en el hogar: _____ Adultos _____ Niños

Fuente de ingreso:

Importe Bruto Anual:

\$ _____

\$ _____

Ingreso bruto anual total del hogar:

\$ _____

Activos (¿qué tienes en ahorros, fideicomisos o inversiones?)

\$ _____

\$ _____

Los activos totales:

\$ _____

Gastos anuales de vivienda:

Gastos de Vivienda

Monthly payment

Alquiler / Hipoteca

\$ _____

Utilidades

\$ _____

Préstamos (automóviles, personales, etc.)

\$ _____

Comida

\$ _____

Cuidado de niños

\$ _____

Médico

\$ _____

Transporte (gas, mantenimiento, seguros de automóviles)

\$ _____

Seguro médico

\$ _____

Otro _____

\$ _____

TOTAL de los gastos mensuales

\$ _____

Total de gastos mensuales de vida x 12 = Gastos Anuales de Vida: \$ _____

¿Está trabajando actualmente? Sí/ No

Si sí, ¿cuántas horas / semana trabaja? _____

Are you currently a student? Sí / No

Si sí, a tiempo parcial o tiempo completo _____

¿Tiene seguro médico privado, Medicaid o Medicare? Sí/ No

En caso afirmativo, nombre de la empresa: _____ Número de póliza:

¿Su seguro cubre cualquier parte del servicio que está buscando financiación? Sí/No

¿Tiene acceso a fondos que le permitirían pagar los tratamientos? Sí/No

En caso afirmativo, sírvase proporcionar detalles en una hoja separada.

(Es decir, los asientos legales o de lesiones personales pendientes, seguro de automóvil debido a accidente de cuidado o demandas de compensación de trabajadores)?

Envíe

Información Médica y Publicación Formulario de Liberación / Acuerdo:

Junto con los programas de asistencia financiera para acceder a tratamientos integrativos, la Fundación del Plan Chanda realiza actividades de divulgación, recaudación de fondos y mercadeo (es decir, sitio web del Plan Chanda, documentales, folletos, etc.) para mantener la información de la fundación a disposición de la comunidad. Documentación de participación de los participantes y el uso de material (foto, bio, etc) es importante para compartir los resultados y la necesidad de la fundación. La información de salud personal de su profesional de la salud integrador y médico de atención médica beneficiará nuestro trabajo y aumentará nuestro apoyo comunitario. Su liberación para obtener y compartir documentación de salud personal es necesaria para este propósito.



Autorizo a la Fundación del Plan Chanda ya sus representantes autorizados a consultar con cualquier tercero que pueda tener información relacionada con mi estado de salud en el momento de mi solicitud / re-solicitud a la Fundación del Plan Chanda en relación con mi uso de la Integrative Terapias.

Firma: _____

Imprimir Nombre completo: _____ **Fecha:** _____

Alivio y por la presente acuerdo de mantener a La Fundación Chanda Plan libre y libre de cualquier responsabilidad derivada del uso y / o liberación de información; entrevista; Fotografía / cinta de video / película; Y posterior publicación o difusión. Entiendo que la (s) entrevista (s) o sesiones fotográficas se llevan a cabo con mi consentimiento y autorización y por lo tanto asumen la plena responsabilidad.

Firma: _____

Imprimir Nombre completo: _____ **Fecha:** _____

yo, _____, Como participante de la Fundación del Plan Chanda, reconozca y reconozca que hay ciertos riesgos de lesión física durante los ascensores y transferencias dentro y fuera de la silla de ruedas a la mesa de tratamiento para la terapia. Estoy de acuerdo en asumir el riesgo total de cualquier lesión o daño que pueda sufrir como resultado de participar en cualquier y todas las actividades relacionadas con o relacionadas con la Fundación del Plan Chanda. Me declararé responsable de cualquier daño, y exoneraré, exoneraré, exoneraré, exoneraré y comprometo a no demandar a la Fundación del Plan Chanda, al personal, a los proveedores ni a los pasantes de toda responsabilidad.

Firma: _____

Imprimir Nombre completo: _____ **Fecha:** _____

Envíe por fax su solicitud completa a 1-800-533-4684 O escanear y enviar por correo electrónico a maggie@iamtheplan.org or, iO, si no tiene acceso a una máquina de fax o un escáner,:

Maggie Cavanagh
c/o Chanda Plan Foundation
8725 West 14th Avenue, Suite 170
Lakewood, CO 80215

Los servicios basados en la localización en la fundación del plan de Chanda han sido posible gracias a generosos donantes. La intención es proporcionar asistencia a aquellos que demuestren una verdadera necesidad financiera de recibir terapias integradoras. La financiación es limitada y se solicita a todos los destinatarios que desarrollen un plan de tratamiento con proveedores basados en la ubicación.

