



**APLICACIÓN PARA LOS FONDOS DE DETECCIÓN DEL CUIDADO DE LOS SENOS**

Envíe la aplicación completa al centro de W.S. & E.C. Jones Breast Care en la dirección comercial mencionada anteriormente. El personal de Newman Regional Health se comunicará con usted después de revisar su aplicación. Por favor programe su cita adentro de los 90 días de la aprobación

Nombre \_\_\_\_\_  
                     Primer Nombre                      Inicial del Segundo Nombre                      Apellido

Dirección \_\_\_\_\_  
                     Ciudad                      Estado                      Código Postal                      Condado

Número Telefónico \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**POR FAVOR PONGA SUS INICIALES ALADO DE LOS CRITERIOS ABAJO COMO RECONOCIMIENTO:**

- \_\_\_\_\_ No tengo cobertura de seguro
- \_\_\_\_\_ No soy elegible para los fondos de subvención para Early Detection Works (EDW) (para determinar su elegibilidad, visite kdheks.gov/edw).
- \_\_\_\_\_ No tengo la capacidad financiera para pagar por el servicio
- \_\_\_\_\_ Acepto que los fondos solo se utilizarán para mamografías de detección
- \_\_\_\_\_ Entiendo que los fondos para procedimientos de diagnóstico no están disponibles a través de este programa
- \_\_\_\_\_ Entiendo que los servicios se deben brindar en W.S. & E.C. Jones Breast Care Center ubicado en Newman Regional Health

Al firmar abajo, doy fe de que la información arriba es precisa. Si otra fuente de pago se identifica, esta aplicación quedará nula y sin efecto.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

For Internal Staff Use Only (please provide dates):			
Application:	Approval:	Scheduled:	Performed: