Favor de completar y firmar esta aplicación y devolverla en el sobre incluido. Su elegibilidad no podrá ser determinada a menos que esta aplicación este firmada y todos los documentos requeridos estén incluidos.

Delaware Cancer Treatment Program
Division of Public Health
C/O EDS
P.O BOX 950 Manor Branch
New Castle. DE 19720-0950

1. Información del Solicitante

Nombre	Inicial	Apellido	Seguro Social*	Estado Civil	Número de Miembros en la Familia
			- - *El número de seguro social es opcional. Pero proveerlo facilitara el proceso de su aplicación		

Dirección Residencial (no puede ser P.O. Box)	# Apt	Ciudad	Código Postal	Condado	Teléfono
Dirección de Correo (si es diferente de residencia)	# Apt	Ciudad	Código Postal	Condado	Teléfono

Etnia	Raza	Sexo	Fecha de Nacimiento	¿Tiene Seguro de Salud?
☐ Hispano ☐ No-Hispano	☐ Alaska ☐ Hawaiano ☐ Anglo ☐ Isleño Pacifico ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Negro ☐ Otro	☐ Femenino ☐ Masculino	/ / Mes/Día/Año	☐ Si ☐ No Si, Nombre de Aseguradora: Número del Seguro Médico:

Fecha del diagnóstico con cáncer ___/___/___

Al momento de su diagnóstico de cáncer, cuál era su residencia principal (Estado) _____

2. Información de Ingreso

El documento que confirme sus ingresos debe que estar incluido con esta aplicación. Favor de mandar solamente fotocopias, no originales. Debe incluir su ingreso, cónyuge u otro miembro de la familia. El ingreso que debe reportar es: Sueldo, intereses de cuentas de ahorro o inversiones, beneficios de seguro social, beneficios de veteranos, dinero en efectivo o cualquier otro ingreso.

Si necesita espacio adicional favor de incluir la información en una hoja adicional.

Fuente de ingreso	**Cuan frecuente**	**Cantidad (después de impuestos/deducción)**

Derechos y Responsabilidades: Leí o me leyeron las declaraciones en este formulario y la información que doy es verdadera y completa según mi conocimiento. Entiendo que podrían sancionarme si la información es falsa. Entiendo que toda información que les di es confidencial y que las leyes estatales y federales limitan divulgación de la información sobre mi persona. Entiendo y estoy de acuerdo en presentar comprobantes de mis declaraciones. Entiendo y estoy de acuerdo de que el departamento de Salud y Servicios Sociales podría contactar otras personas/ organizaciones para obtener los comprobantes necesario para mostrar mi elegibilidad.

_____ _____

Firma de Solicitante o Representante Fecha

Si es un representante, favor de escribir su nombre, relación y teléfono en letra imprenta.

_____ _____ _____

Nombre Relación Teléfono