



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA KOMEN DE AYUDA PARA EL TRATAMIENTO

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO

Los pagos por depósito directo son más seguros y se pueden recibir más rápido que un cheque por correo. Los cheques que se envíen por correo se escribirán al solicitante y se enviarán por correo a la dirección indicada anteriormente.

Por favor, brinde su información bancaria si desea recibir los fondos otorgados electrónicamente.

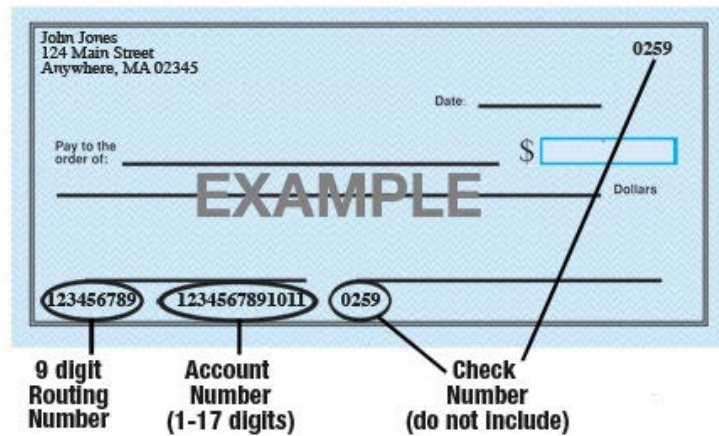
Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

Nombre del banco: _____

Nombre en la cuenta: _____

Número de ruta (Routing Number): _____

Número de cuenta: _____



Yo, _____*, por la presente confirmo que la información brindada en esta solicitud es verdadera, precisa y completa y que soy la persona sujeto del pedido o he sido autorizado por el/la solicitante para actuar en su nombre. Al firmar a continuación, también confirmo que he leído y comprendido los Términos y Condiciones y Política de Privacidad del Programa Komen de ayuda para el tratamiento. Al teclear mi nombre a continuación, comprendo y estoy de acuerdo en que este método de firma electrónica tiene la misma validez y efecto legal que al firmar manualmente.

Firma del paciente*: _____ Fecha*: _____

Si no es el paciente: Primer nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el paciente: Padre, madre o tutor legal Cónyuge o pareja
 Miembro de la familia Trabajador social Asesor del paciente
 Proveedor de servicios médicos Otro: _____

*Requerido