



## Educadores Puertorriqueños en Acción, Inc. (EPA)

### Solicitud Fondo de Protección de Enfermedades Catastróficas (PECEC)

Nombre del socio	Seguro Social
Puesto que ocupa	Agencia
Dirección Residencial	Dirección Postal
Teléfono Trabajo	Teléfono Residencial
Correo Electrónico	Celular

Razón por la que solicita los beneficios del Fondo PECEC

#### ENFERMEDAD CATASTROFICA POR LA CUAL SOLICITA LOS BENEFICIOS:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer terminal<br><input type="checkbox"/> Cáncer en el páncreas<br><input type="checkbox"/> Hemofilia<br><input type="checkbox"/> Renal crónico<br><input type="checkbox"/> Fibrosis quística<br><input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Post-transplante:<br>___ Riñón<br>___ Corazón<br>___ Hígado<br><input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple<br><input type="checkbox"/> Anemia Aplásica | <input type="checkbox"/> Lupus<br><input type="checkbox"/> Cólera<br><input type="checkbox"/> Lepra<br><input type="checkbox"/> Malaria<br><input type="checkbox"/> Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) |
|---|--|--|

Fecha en que recibió el primer diagnóstico de la enfermedad:

Informe narrativo de la enfermedad o condición del paciente:  
 (Favor de utilizar el dorso de este documento de ser necesario)

#### DOCUMENTOS SOLICITADOS:

Evidencia médica

Tratamiento de la enfermedad (Prognosis)

Otros \_\_\_\_\_

Firma del socio o representante autorizado

Fecha de la solicitud

#### Para uso del Comité de Evaluación

\_\_\_\_\_ Aprobado      \_\_\_\_\_ Denegado      Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Director Ejecutivo

Firma Miembro del Comité de Evaluación