



Consentimiento Informado Ayuda Fundacional

La Fundación Española para la Lucha contra la Leucemia (FELL) tiene un programa de ayuda a Latinoamérica; las personas que cumplan los requisitos y acepten entrar en este programa deben cumplir las siguientes premisas:

1. Al paciente y UN solo familiar que sean aceptados en el programa de la FELL, se les avalará para la concesión de Visado de ayuda humanitaria por parte del consulado español y vendrán a España con el compromiso de regreso a su país una vez finalizado el tratamiento o agotadas las posibilidades del mismo. En ningún caso tendrán permiso de trabajo, ni se aceptará el traslado de ningún otro familiar.
2. En el caso de que el paciente falleciese en España, será incinerado y sus restos llevados por su familiar a su país.

La FELL, dispone de una vivienda de acogida para enfermos, ésta se compone de 4 dormitorios, salón, cocina amueblada, dos baños..... Tiene capacidad para cuatro familias, compuestas por **el enfermo y un acompañante**. Los requisitos imprescindibles para acceder a la vivienda son:

- Estar enfermo de Leucemia y tener tratamiento activo.
- Venir acompañado de un familiar.
- Carecer de Medios económicos.

El límite MÁXIMO de estancia en la vivienda será de un año. Se tendrá en cuenta el nivel económico de los solicitantes, con objeto de priorizar sobre aquellos que tengan menos recursos. En todo caso los criterios de estancia y salida los determinará la *Fundación Española para la Lucha contra la Leucemia*.

Cada familia podrá tener su propia ropa de cama y toallas, y efectuarán la limpieza de su habitación y lugares comunes diariamente, con el fin de que la estancia resulte cómoda e higiénica para todos.

La compra y la comida será responsabilidad de los habitantes del piso.

Visitas.- por el hecho de ser la vivienda compartida con otras familias y las propias condiciones de los pacientes, serán **EXCEPCIONALES, y en ningún caso podrán pernoctar en la vivienda. (Una falta en este punto, supondría el abandono de la casa y regreso a su país).**

La vivienda se considera una continuación del Hospital y no se permitirán entradas o salidas a deshoras.

En todo caso, los habitantes de la casa se atenderán a las normas elementales de convivencia en una comunidad de vecinos, sobre todo en lo referente a ruidos, música, voces... entre las 22:00 y las 8:00 horas.

La vivienda no supondrá ningún gasto económico para el enfermo y su familia, simplemente el compromiso de cuidarlo como si fuera su propia casa y devolver la llave antes de marcharse.

Cualquier acto que lesione la imagen de las madres, de la Fundación o le ocasione perjuicio, supondrá el regreso inmediato a su país de la persona que lo cometiese.

DATOS PERSONALES Y FAMILIARES DEL PACIENTE

Nombre y dos apellidos)	
Diagnóstico	
Nombre del padre	
Nombre de la madre	
Profesión del padre	
Profesión de la madre	
Ingresos/mes del padre	
Ingresos/mes de la madre	
ADJUNTAR CERTIFICACION DE ORGANISMO COMPETENTE DE LA TOTALIDAD DE INGRESOS FAMILIARES	

INSTITUCIÓN QUE HACE LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO Y TRASLADO A ESPAÑA

Nombre	
Dirección	
Correo electrónico (email)	
Teléfono	
Fax	

INSTITUCIÓN/PERSONA QUE SE COMPROMETE A LA CONTINUACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS DEL PACIENTE, REMISION TRIMESTRAL DE INFORMES (EN CASO DE TPH) Y PROPORCIONAR LA MEDICACIÓN NECESARIA. (INDEPENDIENTE DE LA CONDICIÓN ECONÓMICA DEL PACIENTE)

Nombre	
Dirección	
Correo electrónico (email)	
Teléfono	
Fax	
Firma/Sello	

INSTITUCIÓN QUE AVALA Y GARANTIZA EL RETORNO DEL PACIENTE Y FAMILIAR A SU PAÍS

Nombre	
Dirección	
Correo electrónico (email)	
Teléfono	
Fax	
Firma/Sello	

Aclaraciones:

1. La asistencia sanitaria se presta en igualdad de condiciones que los españoles, en tanto en cuanto el derecho de asistencia sanitaria asignada sea renovada por la Fundación.
2. Con el fin de salvaguardar el programa de Ayuda Fundacional, en el hipotético caso de que una persona pretendiese no regresar, se denunciará a las autoridades de Inmigración para orden de deportación.
3. Factores que intervienen en la selección de los pacientes (independientes de la enfermedad):
 - a. Acreditación de los medios económicos:
 - b. Existencia de familiares en España:

Enterado y conforme, lo firmo en _____ a _____ de ____20__

Firmado.

Nombre y apellidos (en letra de imprenta):

Pasaporte nº: