

# Eisai Magnolia Meals at Home®

Magnolia – Partners Along the Patient Journey embodies the Eisai *human health care (hhc)* mission of placing patients at the center of everything we do. Eisai's *hhc* mission states that, "We give first thought to patients and their families, and to helping increase the benefits health care provides."

Magnolia *Meals at Home*® was developed to help meet the evolving needs of people living with cancer and their families. Through a partnership with CancerCare®, Cancer Support Community®, and Meals on Wheels America, Magnolia *Meals at Home* provides meals that are nutritionally geared toward people living with cancer and their families. The goal of the program is to help ease the stress of daily living, so that people with cancer can enjoy shared moments with loved ones.

- Magnolia *Meals at Home* is currently available in and around Nutley, NJ, Cambridge, MA and New Haven, CT (as well as areas in New York, New Hampshire and Boston, MA)
- People living with cancer who live within a predefined area of approximately 25 miles of these locations are eligible to enroll
  - They may sign up to participate for up to 2 months of meal deliveries
  - There are no requirements for financial need to participate
- Meals will be delivered once a month and will include up to 10 meals for the patient and up to 10 meals for their family members, if requested by the participant

## The enrollment and delivery process is simple and direct

- Patient's name and relevant contact information is provided by CancerCare or Cancer Support Community to Meals on Wheels through the online enrollment system
- Meals on Wheels will call the patient to schedule a delivery
- Someone at the delivery address must be home to receive the meals
- Meals will be delivered by Meals on Wheels and/or by an Eisai volunteer
- An optional survey may be included with meal deliveries or will be mailed separately to you

---

**YES**, patient is interested in participating. See completed form on reverse side.

### Referring Advocacy Organization

(Please check one)

CancerCare

Cancer Support Community

---

#### CancerCare

1 Kalisa Way, Suite 205  
Paramus, NJ 07652

Toll-free: (800) 813-HOPE (4673) ext.  
8999 for English; ext. 8998 for Spanish

Fax: (201) 444-0978

Magnoliameals@cancercare.org

#### Cancer Support Community

5614 Connecticut Avenue NW,  
Suite 280

Washington, DC 20015

Phone: (617) 733-5848

Toll-free: (888) 793-9355

magmeals@cancersupportcommunity.org



*hhc*  
human health care



# Application for Eisai Magnolia Meals at Home®

Date \_\_\_\_\_

Patient name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

## Secondary contact

Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Relationship to patient \_\_\_\_\_

**Week delivery should begin**

Include meals for the family

- 1. Primary caregiver relationship to patient**  Spouse  Parent  Sibling  Child  Friend  
 Private nurse/health care professional  Other \_\_\_\_\_

## 2. Referring social worker/health care professional contact information

Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

- 3. Patient information** Gender of patient  Female  Male Date of birth \_\_\_\_\_

Date of diagnosis \_\_\_\_\_ Primary diagnosis \_\_\_\_\_ Current stage of cancer \_\_\_\_\_

New diagnosis  Recurrence Is patient in active treatment?  Yes  No

Please indicate type of treatment(s) received in the past 3 months (check all that apply)

Chemotherapy  Hormone therapy  Targeted therapy  Radiation  Surgery  Other \_\_\_\_\_

- 4. Verification of patient health status**  Physician note attached  Contact physician directly

Physician's name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

## 5. How would members of the household best like to be contacted?

Phone \_\_\_\_\_  Email \_\_\_\_\_  Other \_\_\_\_\_

## 6. How did the patient hear about Magnolia Meals at Home?

Advocacy organization  News or other publication  Physician  Nurse  Other \_\_\_\_\_

## 7. Patient consent

I understand the terms for participation in the Magnolia Meals at Home Program (the "Program") as described above. I authorize the disclosure and use of information that is identifiable to me relating to my health to and by, the partners of the Program, including CancerCare, Cancer Support Community, Meals on Wheels America and Eisai Inc. (including its employees, agents, and representatives), as well as Eisai's vendors and affiliates, for purposes of the Program's administration and provision of services, as well as for communicating with me and my caregivers about the Program. I understand that, once my personal health information is so disclosed, its confidentiality may no longer be protected under federal privacy law and it could be re-disclosed to others.

I am aware that I am not required to sign this authorization in order to receive treatment from my health care providers or to be enrolled in a health plan or be eligible for health plan benefits. The Program is not meant to provide medical advice. I will consult with my health care providers as to my personal medical needs prior to participating in the Program.

I understand that I may terminate my enrollment, receive a copy of this form, or revoke this authorization at any time by providing written notice to either (1) CancerCare, One Kalisa Way, Suite 205, Paramus, New Jersey 07652, or (2) Cancer Support Community, 5614 Connecticut Avenue NW, Suite 280, Washington, DC 20015. I also understand, however, that any such revocation will not affect uses and disclosures of my health information made prior to the revocation. Unless and until I withdraw this authorization, it will remain valid and effective until seven years after the date of signing below.

I also understand that Eisai reserves the right to terminate the Program at any time without notice.

Patient name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name of legal representative \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Authorized as [legal guardian or other] to act on behalf of [name of patient]

\*There are no requirements for financial need to participate in this program.

†Certain types of cancer may have specific dietary restrictions. Speak with your doctor before starting the Magnolia Meals at Home program to make sure the meals are right for you.



# Magnolia Meals at Home® de Eisai

Magnolia Partners Along the Patient Journey representa la misión de *atención médica humana (human health care, hhc)* de Eisai, al poner a los pacientes en el centro de todo lo que hacemos. La misión de *hhc* de Eisai radica en que: "Primero pensamos en los pacientes y sus familiares, y en ayudar a ampliar los beneficios que brinda la atención médica".

Magnolia Meals at Home® se desarrolló para ayudar a satisfacer las crecientes necesidades de las personas con cáncer y sus familiares. En asociación con CancerCare®, Cancer Support Community® y Meals on Wheels America, Magnolia Meals at Home ofrece comidas nutritivas para las personas con cáncer y sus familiares. El objetivo del programa es ayudar a aliviar el estrés de la vida cotidiana, de manera que los pacientes puedan disfrutar de los momentos compartidos con sus seres queridos.

- Magnolia Meals at Home está disponible actualmente en Nutley, NJ, Cambridge, MA y New Haven, CT (así como también en lugares específicos de Nueva York, New Hampshire y Boston, MA) y en sus alrededores.
- Las personas con cáncer que vivan dentro de un área predefinida de aproximadamente 25 millas de esos lugares son elegibles para inscribirse.
  - Pueden inscribirse para participar durante un máximo de 2 meses de entregas de comida.
  - No hay requisitos de necesidad económica para participar.
- Las comidas se entregarán una vez al mes e incluirán hasta 10 comidas para el paciente y hasta 10 comidas para sus familiares, si así lo solicita el participante.

## El proceso de inscripción y entrega es simple y directo.

- CancerCare o Cancer Support Community proporcionan el nombre y la información de contacto pertinente del paciente a Meals on Wheels mediante el sistema de inscripción en línea.
- Meals on Wheels llamará al paciente para programar una entrega.
- Alguien debe estar presente en la dirección establecida para la entrega de comidas.
- Las comidas serán entregadas por Meals on Wheels y/o por un voluntario de Eisai.
- Puede que se incluya una encuesta opcional con las entregas de comida o que se la envíen por correo por separado.

**Sí**, al paciente le interesa participar. Véase el formulario completado en el reverso.

### Organización de apoyo remitente

(Marcar una opción)

CancerCare

Cancer Support Community

#### CancerCare

1 Kalisa Way, Suite 205,  
Paramus, NJ 07652  
Número telefónico gratuito: (800) 813-HOPE  
ext. 8999 para inglés; ext. 8998 para español  
Fax: (201) 444-0978  
magnoliameals@cancercare.org

#### Cancer Support Community

5614 Connecticut Avenue NW, Suite 280  
Washington, DC 20015  
Teléfono: (617) 733-5848  
Número telefónico gratuito: (888) 793-9355  
magmeals@cancersupportcommunity.org



*hhc*  
human health care



# Solicitud para Magnolia Meals at Home® de Eisai

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

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

## Contacto secundario

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**La entrega de la semana debe comenzar**

Incluir comidas para la familia

**1. Relación del cuidador principal con el paciente**  Cónyuge  Padre/madre  Hermano/a  Hijo/a  Amigo/a  
 Profesional de atención médica/de enfermería privado  Otro \_\_\_\_\_

## 2. Información del trabajador social/profesional de salud que realizó el referido

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**3. Información del paciente** Sexo del paciente  Femenino  Masculino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Diagnóstico principal \_\_\_\_\_ Etapa actual del cáncer \_\_\_\_\_

Diagnóstico nuevo  Recurrencia ¿Está el paciente actualmente en tratamiento?  Sí  No

Indicar el tipo de tratamiento recibido en los últimos 3 meses (marcar todo lo que corresponda)

Quimioterapia  Tratamiento hormonal  Tratamiento dirigido  Radiación  Cirugía  Otros \_\_\_\_\_

**4. Verificación del estado de salud del paciente**  Nota adjunta del médico  Comunicarse con el médico directamente

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## 5. ¿Cuál es la mejor vía de contacto que prefieren los miembros del hogar?

Teléfono \_\_\_\_\_  Correo electrónico \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

## 6. ¿Cómo supo el paciente sobre Magnolia Meals at Home?

Organización de apoyo  Noticias u otra publicación  Médico  Personal de enfermería  Otro \_\_\_\_\_

## 7. Consentimiento del paciente

Comprendo los términos para participar en el programa Magnolia Meals at Home (el "Programa") como se ha descrito anteriormente. Autorizo la divulgación y el uso de información que me identifica con respecto a mi salud a y por parte de los socios del Programa, incluidos CancerCare, Cancer Support Community, Meals on Wheels America y Eisai Inc. (incluidos sus empleados, agentes, y representantes), así como también a los proveedores de Eisai y empresas asociadas a Eisai, para fines de administración del Programa y prestación de servicios, y para comunicarse conmigo y con mis cuidadores sobre el Programa. Comprendo que una vez que mi información médica personal se haya divulgado, su confidencialidad podría dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad y podría volver a divulgarse a terceros.

Soy consciente de que no tengo la obligación de firmar esta autorización para recibir tratamiento de los proveedores de atención médica, ni para inscribirme en un plan de salud, ni para ser elegible con respecto a los beneficios del plan de salud. El Programa no está destinado a brindar asesoramiento médico. Consultaré a mis profesionales de atención médica sobre mis necesidades médicas personales antes de participar en el Programa.

Comprendo que puedo finalizar mi inscripción, recibir una copia de este formulario o revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a (1) CancerCare, 1 Kalisa Way, Suite 205, Paramus, New Jersey 07652 o (2) Cancer Support Community, 5614 Connecticut Avenue NW, Suite 280, Washington, DC 20015; o Sin embargo, también comprendo que cualquier revocación no afectará los usos ni las divulgaciones de mi información médica que se hayan efectuado antes de la revocación. A menos que retire la presente autorización, esta permanecerá válida y vigente hasta siete años después de la fecha de la firma a continuación.

También comprendo que Eisai se reserva el derecho de finalizar el Programa en cualquier momento, sin previo aviso.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Autorizado como [tutor legal u otro] para actuar en nombre de [nombre del paciente]

\*No hay requisitos de necesidad económica para participar en este programa.

†Determinados tipos de cáncer pueden implicar restricciones alimentarias específicas. Hable con su médico antes de empezar el programa Magnolia Meals at Home, a fin de asegurarse de que las comidas sean adecuadas para usted.

