



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN

SUSANG. KOMEN® CREÓ EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN porque tenemos un compromiso con satisfacer las necesidades más críticas de las personas que padecen de cáncer de seno. El objetivo de este programa es ayudar a quienes se les dificulta pagar los costos del tratamiento contra el cáncer de seno. Aunque el tratamiento médico y la atención serán el costos primario asociado al cáncer de seno, existen otros costos que impiden que un individuo reciba la atención que necesita.

Crterios de elegibilidad: el solicitante debe:

- Actualmente en tratamiento para el cáncer de seno o viviendo con cáncer de seno metastásico,
- Tener un ingreso familiar anual actual igual o inferior al 300% del FPL¹ (consulte la tabla en la página 3),
- Residir en los Estados Unidos o en un territorio de los EE. UU.
- No recibió un premio en los últimos 12 meses.

Reseña del programa:

- Los fondos se pueden utilizar para cubrir los costos relacionados con el tratamiento, como el alquiler, los servicios públicos, la comida, el transporte, el cuidado de los niños, etc. (consulte la lista completa en la página 3).
- El monto del premio se basa en la etapa actual del cáncer. Los solicitantes con cáncer de seno metastásico (estadio IV) recibirán \$750; los solicitantes con cáncer de seno en una etapa más temprana (etapa 0 a III) recibirán \$500.
- El estadio del cáncer debe indicarse en la carta del proveedor médico del solicitante (consulte los requisitos de la solicitud a continuación).

Instrucciones para la solicitud.....

1. Complete la solicitud
2. Solicite una carta del proveedor médico de la paciente que confirmé la etapa actual del cáncer de seno y/o que actualmente está recibiendo tratamiento para cáncer de seno. La carta debe estar en papel membretado oficial y fechada dentro de un año de la fecha de solicitud.
3. Envíe la solicitud completa y la carta del proveedor médico a TreatmentAssistance@Komen.org, P.O. Box 801889 Dallas, TX 75380, O fax al 972-454-4657.

Las solicitudes incompletas o no firmadas no serán consideradas para su financiación

Términos y condiciones

Los datos proporcione en este documento se utilizarán de acuerdo con la Política de privacidad de Komen². Por la presente, Komen, sus empleados y agentes están autorizados para obtener y considerar información médica, financiera, sobre el tratamiento, terapia, y de otro tipo relacionada con quien presenta la solicitud con los proveedores del cuidado de la salud del solicitante, su farmacia, empleador, compañía de seguro y/o cualquier otra persona o entidad que trabaje con Komen en representación del solicitante a los fines de confirmar su elegibilidad para el Programa de asistencia financiera. Komen también puede utilizar o divulgar la información personal del solicitante, según sea necesario, para que Komen le brinde a los solicitantes la ayuda del programa. Komen puede anonimizar y quitar la identificación en la información y los datos del solicitante y utilizar dicha información para fines propios de Komen, incluso desarrollar informes acumulados. Ni Komen ni ninguno de sus empleados o agentes divulgarán ninguna información que identifique al solicitante a un tercero, excepto en el caso antes mencionado, o en cumplimiento de la ley, o según Komen considere adecuado para investigar o resolver algún posible fraude o auditar alguna irregularidad.

La continuidad del Programa de Asistencia Financiera de Komen depende de la disponibilidad de fondos y Komen se reserva el derecho a modificar y/o discontinuar el programa en cualquier momento y sin aviso previo a los solicitantes. Al presentar este pedido, el solicitante acepta no hacer responsable a Komen de cualquier pérdida que surja, ya sea directa o indirectamente, del solicitante con respecto a, y por participar en, el Programa de Asistencia Financiera de Komen.

¹ <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> ² <https://ww5.komen.org/AboutUs/PrivacyPolicy.html>



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN

Para obtener asistencia con esta solicitud o para obtener más información, comuníquese con nosotros llamando al 1-972-866-4233 o por correo electrónico a TreatmentAssistance@Komen.org

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTES.....

Primer nombre*: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido*: _____

Dirección*: _____

Número de apartamento: _____

Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código postal*: _____

Número de teléfono: Hogar _____ Celular _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento*: Día _____ Mes _____ Año _____

**Requerido*

Género: Femenino Masculino Género diverso Prefiero no especificar

Raza: Negra o Afroamericana Blanca o Caucásica Asiática
 Indoamericana o Nativo de Alaska Medio Oriente o Norte de África (MENA)
 Nativo de Hawái o Islas del Pacífico Prefiero no especificar

Etnia: Hispano/a o Latino/a No Hispano/a o Latino/a Prefiero no especificar

Idioma preferido para futuras comunicaciones: Inglés Español

INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER DE SENO

Fecha del diagnóstico del cáncer de seno: _____

Tipo de cáncer de seno: Carcinoma ductal in situ (DCIS) Carcinoma ductal invasivo
 Carcinoma lobular invasivo Cáncer inflamatorio de seno Cáncer metaplásico de seno
 Otro (por favor, indique): _____

Subtipo de cáncer de seno: Cáncer de seno triple negativo (TNBC) (RE-/RP-/HER2-)
 Cáncer de seno triple positivo (TPBC) (RE+/RP+/HER2+) RP+/HER2- RP-/HER2+
 Desconocido Otro (por favor, indique): _____

Etapa actual: Etapa 0 Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV No estadificado

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO.....

Por favor, indique el tipo de seguro con que cuenta el solicitantes. Si el solicitantes no cuenta con seguro, seleccione "No asegurado" (marque todas las opciones que aplican): Seguro privado
 Medicaid Medicare Asistencia Caritativa Programa para Veteranos
 Suplemento de Medigap/Medicar Desconocido No asegurado



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN?.....

- Hospital/Proveedor del cuidado de la salud (p. ej. Médico, enfermero, asesor del paciente, trabajador social)
- Internet/Radio/TV
- Komen Página web
- Familia/Amigos/Otro paciente
- Redes sociales
- Línea de ayuda para el cuidado de los senos (1-877-GO KOMEN)
- Otro: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL HOGAR.....

Estado de empleo: Tiempo completo Medio tiempo Desempleado Retirado

Fuentes del ingreso familiar (marque todas las opciones que corresponden): Salario

- Seguro social
- Pensión
- Ahorros de retiro
- Discapacidad a corto o largo plazo
- Discapacidad del Seguro Social (SSD)
- Desempleado
- Aporte de familia/amigo
- Otro (por favor, indique): _____

Número de personas en el hogar*: _____ **Ingreso total anual actual del hogar*†:** _____

**Requerido*

†Los solicitantes elegibles deben contar con un ingreso en el hogar de o menor al 300% del Índice Federal de Pobreza (FPL)

Personas que componen la familia/hogar	300% del Índice Federal de la Pobreza 2022 FPL)		
	48 estados contiguos y D.C.	Hawái	Alaska
1	\$40,770	\$46,890	\$50,970
2	\$54,930	\$63,180	\$68,670
3	\$69,090	\$79,470	\$86,370
4	\$83,250	\$95,760	\$104,070
5	\$97,410	\$112,050	\$121,770
6	\$111,570	\$128,340	\$139,470
7	\$125,730	\$144,630	\$157,170
8	\$139,890	\$160,920	\$174,870

NECESIDADE DE AYUDA FINANCIERA.....

(por favor, elija su necesidad financiera más urgente)*:

- Transporte
- Renta o Vivienda
- Servicios o Facturas
- Alimentos o compras en el supermercado
- Cuidado del linfedema o suministros
- Medicamento oral para el tratamiento (p. ej., quimioterapia, terapia hormonal, etc.)
- Cuidado paliativo
- Cuidado de niños
- Cuidado de personas mayores
- Atención de la salud en el hogar
- Medicamentos para controlar efectos secundarios (p. ej., dolor, contra las náuseas, etc.)
- Equipo médico duradero (p. ej., tanque de oxígeno, andador, etc.)

**Requerido*



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN

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.

Método de pago preferido: Depósito Directo Cheque Enviado por Correo

Si se prefiere el depósito directo, proporcione su información bancaria a continuación.

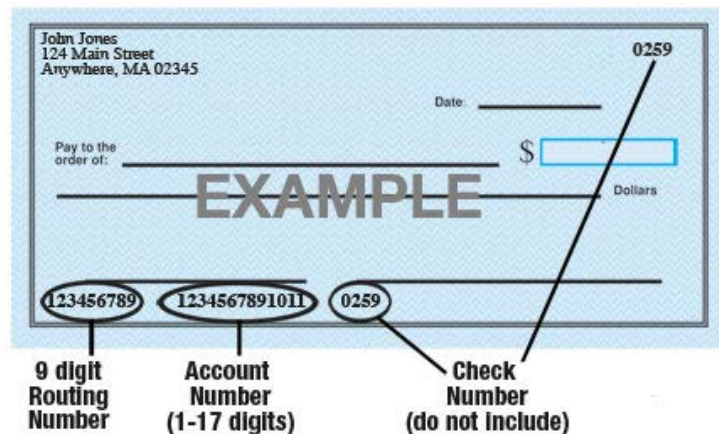
Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

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 de Asistencia Financiera de Komen. 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 solicitante*: _____ Fecha*: _____

Si no es el solicitante: Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el solicitante: Padre, madre o tutor legal Cónyuge o pareja

Miembro de la familia Trabajador social Asesor del paciente

Proveedor de servicios médicos Otro: _____

*Requerido