



Fulfilling Ovarian Cancer communities needs through a partnership with the Wisconsin Ovarian Cancer Alliance

Formulario de Solicitud Financiero

El Connie Rutledge Legacy Fund (CRLF) fue fundado para ayudar a las personas afectadas por el cáncer de ovario y otros cánceres ginecológicos, así como la investigación del cáncer de ovario. CRLF asiste a individuos independientemente sin importar su edad, género, raza, religión u orientación sexual.

Para ser elegible para recibir asistencia financiera, debe estar recibiendo tratamiento para el cáncer de ovario u otro cáncer ginecológico. Todos los recipientes deben ser residentes de Wisconsin. La restricción de ingresos del solicitante es del 250 % o menos de los niveles federales de pobreza y/o cuya asistencia de seguro /Medicare no es suficiente para que el solicitante mantenga la estabilidad financiera.

Por favor, complete el formulario de solicitud y envíelo por correo a la oficina de WOCA: 13825 W. National Ave, Suite 103, New Berlin, WI 53151, o envíelo por correo electrónico a Jennifer@wisconsinovariancancer.org.

Por favor, complete la siguiente sección sobre el solicitante:

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____

Número telefónico # _____ Correo electrónico _____

Persona completando este formulario _____ Relación con el solicitante: _____

Ingresos del hogar/estado financiero, incluyendo los ingresos por discapacidad _____

Número en el hogar _____

Por favor, que la siguiente sección sea completada por el médico que supervisa el tratamiento del solicitante:

(Nombre) _____ es un paciente mío y actualmente está recibiendo tratamiento para el cáncer.

Nombre del Médico (imprima su nombre) _____ Número telefónico # _____

Firma del Médico _____ Fecha _____

Correo Electrónico _____

Ubicación(es) del tratamiento (hospital y ciudad) _____

El Connie Rutledge Legacy Fund y el Wisconsin Ovarian Cancer Alliance no tienen ninguna responsabilidad sobre las opciones o decisiones de tratamiento del paciente.

www.wisconsinovariancancer.org



Fulfilling Ovarian Cancer communities needs through a partnership with the Wisconsin Ovarian Cancer Alliance

Tipo y etapa del cancer _____

Fecha de diagnostico _____

Esta sección debe ser completada por el paciente o representante.

Copia de facturas/recibos deben acompañar a esta solicitud. **Si no se incluyen facturas, no se aceptará la solicitud.** Desafortunadamente, los cheques NO se pueden hacer directamente al solicitante.

Si se aprueba su solicitud, WOCA, realizara el pago directamente a los recipientes de la factura: los pagos se realizarán en línea, si es posible, de lo contrario, se enviará un cheque directamente al recipiente(s). Se le notificara como se procesan los pagos. **El recipiente esta limitado hasta \$1500 anuales por fecha de envió.**

Solicitado _____ Monto Solicitado _____

- Renta
- Utilidades
- Guardería/Asistencia en el hogar
- Transporte/Alojamiento
- Honorarios Médicos
- Tarifas de diagnostico
- Gastos hospitalarios
- Medicamentos
- Teléfono
- Otro: _____

Por favor, enumere todos los destinatarios de la factura y cantidades en orden que le gustaría que se le pagara:

Nombre: _____ Cantidad: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____

Por favor, compruebe aquí sí ha recibido asistencia de CRLF o WOCA en el pasado.

Si es así, monto total _____ y Fecha _____

Por favor, agregue cualquier otra información que sea relevante para esta aplicación:

Si es elegida, ¿Estaría dispuesta a compartir su historia/experiencia con otras? _____

¿Método preferido para ser contactada? _____

¿Puede un representante de WOCA ponerse en contacto con usted? _____

El Connie Rutledge Legacy Fund y el Wisconsin Ovarian Cancer Alliance no tienen ninguna responsabilidad sobre las opciones o decisiones de tratamiento del paciente.



Fulfilling Ovarian Cancer communities needs through a partnership with the Wisconsin Ovarian Cancer Alliance

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que retener o falsificar cualquier información en esta solicitud me descalificara de cualquier asistencia del **Connie Rutledge Legacy Fund** ahora o en el futuro.

Firma _____ Fecha _____

Por favor indica si: Paciente o Representante

POR FAVOR, RECUERDE ADJUNTAR SUS FACTURAS PARA EL PAGO

El Connie Rutledge Legacy Fund y el Wisconsin Ovarian Cancer Alliance no tienen ninguna responsabilidad sobre las opciones o decisiones de tratamiento del paciente.

www.wisconsinovariancancer.org