



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](mailto: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](http://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 \$1000 anuales por fecha de envió.

Solicitado \_\_\_\_\_ Monto Solicitado \_\_\_\_\_

- Checkboxes for: 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](http://www.wisconsinovariancancer.org)