



“Teal In Need”

In Honor of The Cathy Misliniski Legacy Gift

Formulario de Solicitud de Beneficios Financieros

El Wisconsin Ovarian Cancer Alliance (WOCA) es una organización sin fines de lucro fundada en el año 2000, para proporcionar conciencia y educación a los pacientes con cáncer de ovario y sus familias. Mientras realizamos la cuenta de la carga financiera que puede surgir debido al cáncer de ovario, la campaña “Teal In Need” de WOCA se centra en ayudar financieramente a los **Honorarios médicos o Gastos hospitalarios** de los pacientes con cáncer de ovario, mientras que actualmente están recibiendo tratamiento o han terminado el tratamiento en los últimos 6 meses. WOCA define “tratamiento” como: quimioterapia, radiación, cirugía, ensayos clínicos y/o terapia/ programa de régimen. Si hay fondos adicionales disponibles, WOCA aceptara solicitudes de todas las personas con antecedentes de cáncer de ovario que residan en el estado de Wisconsin. WOCA asiste individuos independientemente sin importar su edad, genero, raza, religión u orientación sexual. Para ser eligible para recibir asistencia financiera, debe ser una paciente con cáncer de ovario que viva o recibe tratamiento en Wisconsin, al menos que el comité “Teal In Need” apruebe lo contrario.

Por favor, complete la siguiente sección sobre el solicitante:

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Zip _____ Número Telefónico # _____

Correo Electrónico _____

Persona Completando este Formulario _____ Relación con el solicitante: _____

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

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

Nombre del Medico (Imprima su nombre) _____

Número Telefónico # _____

Firma del Medico _____ Fecha _____

Correo Electronico _____



Ubicación(es) del tratamiento (hospital y ciudad)

Etapa del Cancer _____ Fecha de Diagnostico _____

Otra información relevante para esta solicitud

Esta sección debe ser completada por el paciente o representante. **Copias de las facturas deben acompañar esta solicitud.** Desafortunadamente, los cheques **NO** se pueden hacer directamente al solicitante.

Monto total solicitado _____ *(No exceder los \$1,000 anuales)*

Honorarios Médicos

Gastos Hospitalarios

****TODAS las solicitudes deben acompañar a la factura del importe solicitado**

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, WOCA enviara el pago DIRECTAMENTE al destinatario de la factura. El destinatario está limitado hasta \$1,000 anuales por fecha de envío. Los solicitantes solo pueden recibir fondos anualmente de **“Teal in Need”** o del **Fondo CRLF**. Los solicitantes no pueden recibir fondos de ambos programas.



¿Estarías dispuesta a compartir su historia/experiencia con otras?

(Su respuesta no tiene relación con su solicitud financiera)

¿Método preferido para ser contactada? _____

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

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que retener o falsificar cualquier asistencia de **“Teal in Need”** ahora o en el futuro.

Firma _____ Fecha _____

Por favor indica si: Paciente o Representante

Reglas y Restricciones

- Los cheques se harán pagable a la empresa de la facture solicitada para ser pagada. WOCA no proporciona cheques personales a los pacientes con cáncer de ovario. Todas las solicitudes financieras deben tener documentación de la factura solicitada.
- Una persona no puede exceder más de \$1,000 anuales de la campaña **“Teal in Need”**
- Las personas no pueden recibir fondos tanto de **“Teal in Need”** como del **fondo CRLF** en el mismo año.
- Las solicitudes se mantienen trimestralmente. Si un candidato no es elegido para el mes solicitado, son bienvenidos a volver a solicitar el mes siguiente.
- **“Teal In Need”** ha presupuestado una cantidad específica en dólares para cada tres meses. A continuación, se presentan fechas importantes con respecto al proceso de solicitud de 2023 y el desembolso de la beca:
 - **1º trimestre 1 de marzo – 15 de marzo:** Periodo de solicitud (las solicitudes recibidas antes o después de este periodo no será consideradas)
 - Semana de **1 de abril:** Los destinatarios premiados serán notificados y el dinero será dispersado
 - **2º trimestre 1 de junio- 15 de junio:** Periodo de solicitud (las solicitudes recibidas antes o después de este periodo no será consideras)
 - Semana de **1 de julio:** Los destinatarios premiados serán notificados y el dinero será dispersado
 - **3º trimestre 1 de septiembre – 15 de septiembre:** Periodo de solicitud (las solicitudes recibidas antes o después de este periodo no será consideras)
 - Semana de **1 de octubre:** Los destinatarios premiados serán notificados y el dinero será dispersado



- **4º trimestre 1 de diciembre-15 de diciembre:** Periodo de solicitud (las solicitudes recibidas antes o después de este periodo no será consideradas)
- **Semana de 22 de diciembre:** Los destinatarios premiados eran notificados y el dinero será dispersado
- Los fondos se asignan sobre una base de etapa y “necesidad”
- Las personas que trabajan para WOCA o que sirven en la junta de WOCA no son elegibles para **“Teal In Need”**.
- El formulario debe estar completamente completado. No se aceptarán formularios incompletos.
- Si no recibe una notificación en las fechas indicadas anteriormente, WOCA no pudo conceder su solicitud este trimestre y puede volver a presenta una solicitud.

Una vez completada la solicitud:

Envía por correo al: 13825 W. National Ave, Suite 103, New Berlin, WI, 53151 ATTN: Jennifer Echevarria

O por correo electrónico: Jennifer@wisconsinovariancancer.org

Con cualquier pregunta:

POR FAVOR LLAME AL: 262-797-7804 ○ CORREO ELECTRONICO A:

jennifer@wisconsinovariancancer.org



SOLO PARA USO EN LA OFICINA

AMOUNT AWARDED: _____ CHECK #: _____

CHECK WRITTEN TO: _____ MAILED ON: _____

APPLICANTS YTD AWARDED AMOUNT: _____

APPROVED BY: _____ DATE: _____