

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Ciudad / Código Postal:	

EL FONDO LEGADO DE CONNIE RUTLEDGE BRINDA ASISTENCIA A QUIENES ESTÁN EN TRATAMIENTO POR CÁNCER DE OVARIO U OTROS CÁNCERES GINECOLÓGICOS, Y VIVEN EN WISCONSIN.

SI VIVE EN OTRO ESTADO, POR FAVOR NO CONTINÚE.

Correo Electrónico:			
Teléfono de Casa:		Teléfono Celular	

Estado Civil (marque uno):	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Separado(a)	N.º de personas con ingresos en el hogar:	
		Total de personas viviendo en el hogar:	
		Número y edad de dependientes en el hogar:	

Estado actual de empleo (marque todo lo que aplique):

<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Autónomo
<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> FMLA	<input type="checkbox"/> Discapacitado(a)	<input type="checkbox"/> Baja por enfermedad

MI HISTORIA

Cuéntenos sobre usted, su historia y cómo una ayuda de WOCA haría una diferencia para usted y su familia en este momento.

Incluya cualquier información financiera actual o anticipada que pueda ayudar en la toma de decisiones – como dificultades financieras, gastos médicos altos, ingresos temporales o estacionales, pérdidas personales, o cualquier otra circunstancia especial que le esté afectando.

Puede escribir su historia aquí o adjuntar una hoja adicional junto con cualquier otra cosa que desee compartir con nuestro comité al considerar su solicitud.

(Se deja espacio en blanco para escribir la historia)

INFORMACIÓN MÉDICA



**ESTA PÁGINA DEBE SER COMPLETADA POR UN MIEMBRO DE SU EQUIPO MÉDICO
(Oncólogo, enfermera navegadora, trabajador social, etc.)**

Diagnóstico actual:

Fecha de diagnóstico:		
Tipo de cáncer:		
Etapa/Grado:		
Inicio de quimioterapia:		Fin:
Inicio de radiación:		Fin:

Otros tratamientos o terapias:

Formulario completado por: _____

Firma / Fecha

Nombre en letra de molde

Nombre del hospital/clínica y Teléfono

CONTACTOS MÉDICOS ADICIONALES

Proporcione nombre, correo electrónico y teléfono de los siguientes proveedores con quienes podemos hablar sobre su solicitud (también complete el formulario HIPAA en la página 7).

Cirujano / Oncólogo (si son diferentes, incluya ambos):

Nombre			
Correo			
Teléfono		Afiliación hospitalaria:	

Nombre			
Correo			
Teléfono		Afiliación hospitalaria:	

Otros contactos médicos:

Por favor lea cuidadosamente y marque las casillas que correspondan:

- Actualmente soy paciente recuperándome de una cirugía relacionada con el cáncer y/o estoy en tratamiento con quimioterapia o radiación.
- Autorizo a WOCA a obtener información médica necesaria para procesar mi solicitud.
- Entiendo que WOCA puede hacer preguntas personales sobre mi tratamiento y situación financiera. Acepto responder con honestidad.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

DECLARACIÓN FINANCIERA

Ingreso Mensual	Yo	Pareja	Total (Yo + Pareja)
Salarios			
Discapacidad del Seguro Social y/o Estatal			
Compensación de trabajadores			
Pensiones / Anualidades			
Manutención conyugal			
Manutención infantil			
Intereses / Dividendos / Alquileres			
Discapacidad (Largo / Corto Plazo, SSI, SSID)			
TOTAL			

Para calificar, los ingresos deben ser iguales o menores al 250% del nivel federal de pobreza y/o tener asistencia de seguro insuficiente.

INFORMACIÓN DE SOLICITUD DE FONDOS

Priorice los gastos que desea que WOCA considere pagar, usando 1 como el más importante.

(NO se cubren tarjetas de crédito ni reembolsos por pagos ya realizados.)

Por favor, enumere las tres facturas más importantes con las que le gustaría que WOCA le ayudara, en orden de prioridad, comenzando por la que le brindaría mayor alivio financiero. Tenga en cuenta que WOCA no puede pagar tarjetas de crédito ni reembolsar gastos ya pagados.

Tipo de factura	Nombre del destinatario de la factura (A nombre de quién se debe emitir el cheque)	Dirección de envío

Se deben adjuntar copias de las facturas/recibos a esta solicitud. Si no se incluyen las facturas, la solicitud no será aceptada.

Lamentablemente, los cheques NO pueden emitirse directamente a nombre del solicitante. Si se aprueba la solicitud, WOCA realizará el pago directamente al/a los destinatario/s de la factura. Los pagos se realizarán en línea, si es posible; de lo contrario, se enviará un cheque por correo directamente al/a los destinatario/s. Se le notificará cómo se procesan los pagos. Los destinatarios tienen derecho a un único desembolso de hasta \$1000, por fecha de presentación de la solicitud.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN HIPAA

Autorización para el Uso o Divulgación de Información Médica Protegida (según HIPAA)

1. AUTORIZACIÓN

Yo, _____, autorizo a _____

(mi médico tratante) a divulgar mi información médica protegida a WOCA.

2. ALCANCE DE LA AUTORIZACIÓN

Autorizo la divulgación solo de registros relacionados con mi diagnóstico y tratamiento de cáncer.

3. WOCA puede usar esta información para evaluar mi elegibilidad para asistencia financiera.

4. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

5. Entiendo que la información revelada puede perder protección bajo leyes estatales o federales.

Firma del paciente (o representante): _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Yo, _____ :

- Autorizo a WOCA a usar mi nombre (solo el primer nombre) e información (incluyendo mi historial de asistencia por el programa y asistencia otorgada) en medios impresos, comunicados, electrónicos, redes sociales y el sitio web de WOCA.
- No autorizo el uso de mi información.

(Marque con una "X" – su elección no afecta la decisión de WOCA.)

2. Acepto eximir de responsabilidad a WOCA por cualquier uso de mi historia o contenido, y renuncio a cualquier compensación.
3. La distribución de fondos queda a total discreción de WOCA y su Junta Directiva.

He leído cuidadosamente, comprendo completamente y reconozco la información contenida en este formulario. Yo entiendo que esta forma proporciona a WOCA mi consentimiento absoluto incondicional, renuncia y liberación de responsabilidades. Al firmar este formulario de autorización, entiendo que no tiene ninguna influencia en las decisiones tomadas por el comité de calificación con respecto a la asistencia financiera.

Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

Firma: _____

Por favor envíe esta solicitud completa (todas las páginas), más (1) copia de su licencia de conducir, (2) cualquier documento adicional solicitado o (3) información adicional que desee incluir para que sea considerada por WOCA:

- **Correo Postal:** WOCA, 13825 W. National Ave. Suite 103, New Berlin WI, 53151
- **Correo Electrónico:** jennifer@wisconsinovariancancer.org

La CRLF revisará todas las aplicaciones y se comunicará si se requiere información adicional para presentarle su aplicación a vuestro consejo asesor para su aprobación. Su aplicación para asistencia financiera no será considerada al menos que este formulario se complete en su totalidad. Las solicitudes se revisaran mensualmente y se le notificará sobre el estado de su solicitud generalmente dentro de los 30 días de haber recibido su solicitud.