

## **Sue's Gift Programa de Asistencia Financiera**

El Programa de Asistencia Financiera de Sue's Gift está dedicado a apoyar a las mujeres en Colorado con cánceres ginecológicos, ayudando con los gastos de vida médica y diaria durante e inmediatamente después del tratamiento oncológico.

**Se pueden dar subvenciones a solicitantes calificados por la cantidad de \$1,000 por año\*\* para cosas tales como:**

- Gastos médicos
- Recetas
- Pago de alquiler o hipoteca
- Facturas de servicios públicos
- Pago del coche
- Seguro de coche
- Deducibles de garantía de salud
- Visitas al psiquiatra

El programa paga facturas y no otorga fondos directamente a individuos. \*\*El límite de asistencia anual es de \$1,000 por persona por año calendario con un límite de asistencia de por vida de \$2,000. La presentación de una solicitud no es una garantía de asistencia.

### **Para calificar para recibir asistencia:**

Los pacientes con cáncer ginecológico que cumplan con la siguiente residencia, calificaciones médicas y financieras pueden presentar una solicitud para su consideración.

**Residencia:** (Se requiere una prueba de residencia en Colorado con la solicitud.)

1. Un residente de la mitad sur del estado de Colorado o
2. Colorado residente en todo el estado si participa en el programa de apoyo de pares De Mujer a Mujer

(Nota: Una subvención de Mujer a Mujer (W2W) nos ha permitido ampliar nuestra asistencia financiera en todo el estado. Para participar en el programa W2W y hablar con un sobreviviente con su diagnóstico, puede solicitar que se envíe una solicitud por correo o completar una solicitud en línea en [www.suesgift.org](http://www.suesgift.org))

### **Médica:**

1. Diagnóstico de un cáncer ginecológico
2. Actualmente recibiendo tratamiento (por ejemplo, quimioterapia, radioterapia, cirugía, inhibidor de la PARP) o tratamiento completo para un cáncer ginecológico en los últimos tres meses



### **Financiera:**

1. Sus gastos mensuales del hogar deben ser mayores que los ingresos mensuales de su hogar (definidos como ingresos recibidos del paciente y su pareja doméstica, independientemente del género), y su ingreso total del hogar debe ser menor o igual al 300% del Nivel Federal de Pobreza del HHS. Además, es posible que estemos comprobando si los ingresos de su hogar son iguales o menores que los ingresos medios del área para su condado. ([www.huduser.org](http://www.huduser.org))
2. Sus activos disponibles, incluyendo efectivo, inversiones y propiedades inmobiliarias que no sean su casa, son menores que el total de 6 meses de los gastos de su hogar durante el tratamiento.

Es posible que se le pida que proporcione documentación adicional para verificar sus calificaciones. Si cualquier información engañosa o falsa se envía por escrito o por teléfono, Sue's Gift tiene el derecho de retirar su solicitud, detener toda asistencia y tomar medidas para recuperar premios anteriores.

### **Siga estos pasos a continuación para solicitar asistencia.**

Paso 1: Llene las páginas 1 – 4 de la solicitud de Sue's Gift.

Paso 2: Haga que el consultorio de su oncólogo complete el formulario de Verificación Médica en la página 5 que puede ser devuelto con su solicitud completa o la oficina puede enviarlo por separado.

Paso 3: Haga una copia de su licencia de conducir actual de Colorado, identificación emitida por Colorado u otra prueba de residencia con una dirección que coincida con su solicitud (por ejemplo, factura de servicios públicos, etc.), e incluya con su solicitud.

Paso 4: Envíe por correo su solicitud completada\*\* y todos los archivos adjuntos necesarios a:

Sherry Martin  
Sue's Gift  
525 N. Cascade Ave., Suite 213  
Colorado Springs CO 80903

\*\*Para un procesamiento más rápido, envíe por correo electrónico la solicitud a [sherry@suesgift.org](mailto:sherry@suesgift.org) o envíela por fax al 719-264-1094. Por favor, asegúrese de proporcionar toda la información solicitada aquí. Una solicitud incompleta retrasará nuestra capacidad de proporcionarle asistencia.

Una vez que recibamos su solicitud, el comité de la Fuerza de Tarea de Sue's Gift a revisará y le enviará un Acuerdo o Rechazar carta por correo o correo electrónico. Si su solicitud ha sido aceptada, se le contactará para determinar cómo proceder con el pago de la factura.

Este es también un momento para hacer preguntas y aclarar cualquier problema. Las solicitudes se procesan de la manera más oportuna posible. Para preguntas, comuníquese con: Sherry Martin, Director de Servicios al Paciente, al 719-422-9964 o [sherry@suesgift.org](mailto:sherry@suesgift.org).



## PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE SUE'S GIFT

### Información personal

El último Nombre \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono: Inicio \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

La mejor manera de comunicarse con usted: (circule uno)

Teléfono residencial      Teléfono celular      Teléfono de trabajo      Correo electrónico

El mejor momento para comunicarse con usted: (circule uno)

Por la mañana                      por la tarde                      Mejores horas: \_\_\_\_\_

Estado civil: (circule uno)      soltera              casada              divorciada              viuda

Persona de contacto adicional:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ ¿Tiene seguro médico? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

(marque todos los que correspondan) \_\_\_\_ Seguro Privado \_\_\_\_ Medicare \_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_ Otros

Si es un seguro privado, por favor nombre la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

¿Está trabajando actualmente? \_\_ Sí \_\_ No En caso afirmativo, ¿cuántas horas por semana? \_\_\_\_

¿Estabas trabajando antes de tu diagnóstico de cáncer? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Total de Hogar \_\_\_\_\_ en la Casa \_\_\_\_\_ de asalariados en home \_\_\_\_\_ de Dependientes \_\_\_\_\_

¿Quién te refirió? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Refiriendo Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Has recibido asistencia de Sue's Gift antes? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No En caso afirmativo, ¿qué año? \_\_\_\_

¿Estás participando en el programa de apoyo de Mujeres a Mujer? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No



Nombre: \_\_\_\_\_

### Solicitud de Sue's Gift / Información de ingresos

(Nota: Es posible que le pidamos que nos proporcione una copia de su declaración de impuestos federal más reciente.)

**INGRESOS MENSUALES ACTUALES TOTALES: \$ \_\_\_\_\_**

(Por favor, totalice todos los ingresos mensuales que se enumeran a continuación.)

#### Salarios

Su salario mensual después de los impuestos sobre la nómina \$ \_\_\_\_\_  
Salarios mensuales del cónyuge o pareja después de los impuestos sobre la nómina \$ \_\_\_\_\_  
Otros ingresos de salarios o autoempleo \$ \_\_\_\_\_

#### Ingresos por Beneficios y Seguros

Seguro de incapacidad del empleador \$ \_\_\_\_\_  
Seguro de desempleo \$ \_\_\_\_\_  
Jubilación / Pensión \$ \_\_\_\_\_  
401K / Ingresos de IRA \$ \_\_\_\_\_  
Seguro Social \$ \_\_\_\_\_  
SSI / SSDI \$ \_\_\_\_\_  
Otros beneficios/Seguro \$ \_\_\_\_\_  
Ingresos de la pensión alimenticia de asistencia / Manutención infantil recibida \$ \_\_\_\_\_  
Programa de Asistencia Energética de Bajos Ingresos (LEAP) \$ \_\_\_\_\_  
Sellos de Alimentos (SNAP) \$ \_\_\_\_\_  
Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF) \$ \_\_\_\_\_  
Ayuda a los necesitados y discapacitados (AND) \$ \_\_\_\_\_  
Sección 8 de HUD (suplemento de vivienda) \$ \_\_\_\_\_  
Ayuda de los miembros de la familia \$ \_\_\_\_\_  
Ayuda de la comunidad religiosa / de fe \$ \_\_\_\_\_  
Ayuda de amigos \$ \_\_\_\_\_  
Ayuda de otras organizaciones sin fines de lucro \$ \_\_\_\_\_  
Otra Asistencia \$ \_\_\_\_\_

#### Activos Ingresos Mensuales de

Valor de efectivo / chequeo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Valor de Ahorro: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Valor del seguro de vida: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Valor de las inversiones: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Valor de bienes raíces: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

(No es la casa en la que vives)



Nombre: \_\_\_\_\_

### Solicitud de Sue's Gift/ Información de gastos

**TOTAL DE GASTOS MENSUALES ACTUALES: \$** \_\_\_\_\_

(Por favor, totalice todos los gastos mensuales que se enumeran a continuación.)

#### **Gastos del hogar**

Alquilar \$ \_\_\_\_\_  
Hipoteca \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta de Energía \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta de Agua \$ \_\_\_\_\_  
Television/ Internet / Cable / Satélite \$ \_\_\_\_\_  
Teléfono / Celular (incluyendo larga distancia) \$ \_\_\_\_\_  
Comida \$ \_\_\_\_\_

#### **Gastos de dependientes**

El nido \$ \_\_\_\_\_  
Manutención de niños pagada \$ \_\_\_\_\_  
El élder \$ \_\_\_\_\_

#### **Gastos de transporte**

Pago de Carro \$ \_\_\_\_\_  
Gasolina \$ \_\_\_\_\_  
Seguro de carro \$ \_\_\_\_\_  
Estacionamiento / Transporte Público \$ \_\_\_\_\_

#### **Gastos médicos**

Premium de Seguro \$ \_\_\_\_\_  
Gastos médicos (después del seguro) \$ \_\_\_\_\_  
Medicamentos Costos (después del seguro) \$ \_\_\_\_\_

#### **Gastos de Préstamo**

Pagos de préstamos \$ \_\_\_\_\_  
Pagos con tarjeta de crédito \$ \_\_\_\_\_

#### **Otros gastos**

Otros: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

¿Está buscando actualmente asistencia o alivio de la deuda para los pagos de gastos pendientes?  
Por favor explique: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

### Aplicación de Sue's Gift / Historia del cáncer ginecológico

Fecha Diagnosticado \_\_\_\_\_ Tipo de etapa de Cáncer \_\_\_\_\_ ginecológica \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado una recurrencia? \_\_\_\_\_ ¿Has visto a un ginecólogo oncólogo? \_\_\_\_\_

¿Ha participado en un ensayo clínico? \_\_\_\_\_ Tratamiento Instalación \_\_\_\_\_

Cirujano \_\_\_\_\_ Oncólogo \_\_\_\_\_

Trabajador Social \_\_\_\_\_ Navegador \_\_\_\_\_

#### Por favor, compruebe su razón para solicitar asistencia financiera:

- \_\_\_\_\_ Para ayudar a pagar un deducible anual del seguro de salud
- \_\_\_\_\_ Para ayudar a pagar una receta
- \_\_\_\_\_ Para ayudar a pagar por un psiquiatra
- \_\_\_\_\_ Ayudar a pagar otros gastos médicos
- \_\_\_\_\_ Ayudar a pagar los gastos de vivienda (alquiler o hipoteca)
- \_\_\_\_\_ Ayudar a pagar los servicios públicos
- \_\_\_\_\_ Para ayudar a pagar los pagos de automóviles

#### Lea y compruebe las líneas para verificar la siguiente información:

- \_\_\_\_\_ Yo haber leído la página 1 y entender cómo y a quién ayuda de Sue's Gift con la asistencia financiera.
- \_\_\_\_\_ Yo vivo en el sur de Colorado.
- \_\_\_\_\_ Yo estoy participando en el programa de apoyo de pares De Mujer a Mujer.
- \_\_\_\_\_ Tengo adjuntado prueba de residencia.
- \_\_\_\_\_ Yo actualmente estoy recibiendo quimioterapia u otro tratamiento dirigido por oncólogos para el cáncer de ginecólogo.
- \_\_\_\_\_ Yo actualmente dentro de los tres meses de cirugía ginecológica relacionada con el cáncer, quimioterapia o tratamiento dirigido por oncólogos.
- \_\_\_\_\_ Yo han firmado la parte inferior de esta página, que sirve como una liberación médica dando permiso al Sue's Gift para obtener la información médica necesaria para procesar mi solicitud.
- \_\_\_\_\_ Yo entiendo que Sue's Gift hará preguntas personales sobre mi tratamiento y estado financiero. Acepto proporcionar respuestas precisas en una entrevista telefónica o en persona.
- \_\_\_\_\_ Yo entiendo que Sue's Gift proporciona servicios que son gratuitos y que todos los premios se realizan a su entera discreción. La información proporcionada en esta aplicación es verdadera. Libero Sue's Gift de todas las responsabilidades o reclamaciones que surjan de la donación de dinero y/o servicios proporcionados. Autorizo a Sue's Gift a divulgar cualquier información, incluyendo mi nombre, dirección y tipo de asistencia proporcionada a cualquier otra agencia de servicios sociales a discreción de Sue's Gift. También autorizo la divulgación de cualquier información médica y documentación requerida por Sue's Gift con el propósito de verificar esta solicitud, y acepto firmar cualquier autorización adicional que pueda ser requerida.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Healthcare**

**Provider:** Please complete and mail, email, or fax to Sue's Gift. Thank you for your assistance.

**Mail:** Sherry Martin, LCSW  
Sue's Gift  
525 N. Cascade, Suite 213  
Colorado Springs, CO 80903

**Email:** [sherry@suesgift.org](mailto:sherry@suesgift.org)      **Phone:** 719-422-9964      **Fax:** 719-264-1094

### Sue's Gift Medical Verification

Patient name \_\_\_\_\_ Confirmed diagnosis \_\_\_\_\_

Date of initial diagnosis \_\_\_\_\_ Stage \_\_\_\_\_ Cell type \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Patient is currently seeing a Gynecologic Oncologist \_\_\_Yes\_\_\_ No Name \_\_\_\_\_

Patient is currently seeing a Medical Oncologist \_\_\_Yes\_\_\_ No Name \_\_\_\_\_

Patient is currently being treated for a recurrence \_\_\_Yes\_\_\_ No Recurrence date \_\_\_\_\_

Patient has undergone surgery \_\_\_Yes\_\_\_ No Most recent surgery date \_\_\_\_\_

Patient has a planned surgery \_\_\_Yes\_\_\_ No Planned surgery date \_\_\_\_\_

Surgical procedure \_\_\_\_\_

Patient is currently undergoing chemotherapy \_\_\_Yes\_\_\_ No

Chemotherapy start date \_\_\_\_\_ Anticipated end date \_\_\_\_\_

Drug \_\_\_\_\_ Drug \_\_\_\_\_

Patient is currently undergoing radiation therapy \_\_\_Yes\_\_\_ No Dates \_\_\_\_\_

Patient is being admitted to a clinical drug trial \_\_\_Yes\_\_\_ No

Clinical trial start date \_\_\_\_\_ Anticipated end date \_\_\_\_\_

Other planned treatment(s) or important medical information about this patient's gynecologic cancer treatment \_\_\_\_\_

Referring licensed professional completing this form: (MD, DO, PA, NP, RN, RN or LCSW)

Name & Credentials \_\_\_\_\_ Hospital/Clinic \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone (    ) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

My signature below affirms the diagnosis and treatment information as described on this page.

Referring professional signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_