



# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN®

## SUSAN G. KOMEN CREÓ EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN (KFA)

brinda apoyo a quienes luchan con los gastos que a menudo les impiden recibir la atención para el cáncer de mama que necesitan.

### Reseña del Programa

- Hacemos todo lo posible para procesar todas las solicitudes completas dentro de las 6 semanas posteriores a la recepción.
- Todas las solicitudes se procesan en el orden en que se recibieron.
- Para reducir los retrasos en el procesamiento, envíe solicitudes completas junto con los requisito carta médica al mismo tiempo y sólo una vez utilizando uno de los métodos enumerados a continuación.

### Fondos

- Los fondos se pueden utilizar para cubrir los costos relacionados con el tratamiento, como el alquiler, los servicios públicos, la comida, el transporte, el cuidado de los niños, etc. (consulte la lista completa en la página 3).
- Los pagos de financiación solo pueden hacerse directamente al solicitante.
- El monto del premio se basa en la etapa actual del cáncer:

### Etapa 0-3

\$500 está disponibles para personas elegibles con cáncer de mama en una etapa más temprana (etapa 0-3).

### Etapa 4

\$750 está disponibles para personas elegibles con cáncer de mama metastásico en (etapa 4) que es un cáncer que se ha diseminado a otras partes del cuerpo, como los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

### Criterios de Elegibilidad

- El solicitante debe:
  - Actualmente en tratamiento para el cáncer de mama en etapa 0-3 que fue diagnosticado en los últimos 24 meses O viviendo con cáncer de mama metastásico,
  - Tener un ingreso familiar anual actual igual o inferior al 300% del FPL<sup>1</sup> (consulte la tabla en la página 3),
  - Residir en los Estados Unidos o en un territorio de los EE. UU.
- Las personas pueden solicitar una vez cada 12 meses en función de la última fecha de pago.

### Instrucciones para la solicitud

- ✓ Lea atentamente y complete la solicitud
- ✓ Obtener una carta\* del proveedor médico del solicitante que confirme:
  - Si el solicitante está siendo tratado actualmente por cáncer de mama
  - Estadio actual del cáncer de mama (Etapa 0-4) y fecha del diagnóstico actual.
- ✓ La carta debe estar en papel con membrete oficial. Para aquellas que viven con cáncer de mama metastásico, se puede presentar documentación médica que confirme el diagnóstico en lugar de una carta del proveedor médico.
- ✓ Envíe la solicitud completa y la carta del proveedor médico a uno de los siguientes:



**Email:** treatmentassistance@komen.org



**Mail:** ATTN: KFA,13770 Noel Road, Suite 801889 Dallas, TX 75380



**Fax:** 972-454-4657

<sup>1</sup><https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>



# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN

Para asegurarse de que sus solicitudes no se retrasen, lea toda la solicitud detenidamente y asegúrese de que todos los campos obligatorios estén completos. Envíe su solicitud completa junto con la información requerida de la carta del proveedor médico al mismo tiempo

**\*\*Las solicitudes incompletas o no firmadas no serán consideradas para su financiación\*\***

## INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTES.....

Primer nombre\*: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_ Apellido\*: \_\_\_\_\_

Dirección\*: \_\_\_\_\_

Número de apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_ Código postal\*: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento\*: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

*\*Requerido*

Género: Femenino Masculino Género diverso Prefiero no especificar

Raza:  Asiática o Asiática americana  Negra, Afroamericana, o Africana  Hispano/a o Latino/a  
 Indígena americano, nativo americano, o Nativo de Alaska  Medio Oriente o Norte de África  
 Nativo de Hawái o Islas del Pacífico  Blanca o Caucásica  Prefiero no especificar  
 No listado aquí (por favor, indique): \_\_\_\_\_

Idioma preferido para futuras comunicaciones: Inglés Español

## INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER DE SENO .....

Fecha del diagnóstico del cáncer de mama: \_\_\_\_\_

Tipo de cáncer de mama: Carcinoma ductal in situ (DCIS) Carcinoma ductal invasivo  
 Carcinoma lobular invasivo Cáncer inflamatorio de mama Cáncer metaplásico de mama  
 Otro (por favor, indique): \_\_\_\_\_

Subtipo de cáncer de seno: Cáncer de mama triple negativo (TNBC) (RE-/RP-/HER2-)  
 Cáncer de mama triple positivo (TPBC) (RE+/RP+/HER2+) RP+/HER2- RP-/HER2+  
 Desconocido Otro (por favor, indique): \_\_\_\_\_

Etapa actual:  Etapa 0  Etapa I  Etapa II  Etapa III  Etapa IV  No estadificado



# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO.....

Por favor, indique el tipo de seguro con que cuenta el solicitantes. Si el solicitantes no cuenta con seguro, seleccione "No asegurado" (marque todas las opciones que aplican):  Seguro privado  Medicaid  Medicare  Asistencia Caritativa  Programa para Veteranos  Suplemento de Medigap/Medicar  Desconocido  No asegurado

## INFORMACIÓN FINANCIERA DEL HOGAR.....

Estado de empleo:  Tiempo completo  Medio tiempo  Desempleado  Retirado

Fuentes del ingreso familiar (marque todas las opciones que corresponden):  Salario  Seguro social  Pensión  Ahorros de retiro  Discapacidad a corto o largo plazo  Discapacidad del Seguro Social (SSD)  Desempleado  Aporte de familia/amigo  Otro (por favor, indique): \_\_\_\_\_

Número de personas en el hogar\*: \_\_\_\_\_ Ingresototal anual actual del hogar\*\*\*: \_\_\_\_\_

*\*Requerido*

*\*\*Los solicitantes elegibles deben contar con un ingreso en el hogar de o menor al 300% del Índice Federal de Pobreza (FPL)*

Personas que componen la familia/hogar	300% del Índice Federal de la Pobreza 2024 (FPL)		
	48 estados contiguos y D.C.	Hawái	Alaska
1	\$45,180	\$51,930	\$56,430
2	\$61,320	\$70,500	\$76,620
3	\$77,460	\$89,070	\$96,810
4	\$93,600	\$107,640	\$117,000
5	\$109,740	\$126,210	\$137,190

## NECESIDADE DE AYUDA FINANCIERA .....

(por favor, elija su necesidad financiera más urgente)\*:

- Transporte  Renta o Vivienda  Servicios o Facturas
- Alimentos o compras en el supermercado  Cuidado del linfedema o suministros
- Medicamento oral para el tratamiento (p. ej., quimioterapia, terapia hormonal, etc.)
- Cuidado paliativo  Cuidado de niños  Cuidado de personas mayores
- Atención de la salud en el hogar
- Medicamentos para controlar efectos secundarios (p. ej., dolor, contra las náuseas, etc.)
- Equipo médico duradero (p. ej., tanque de oxígeno, andador, etc.)

*\*Requerido*

## ¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN?.....

- Hospital/Proveedor del cuidado de la salud (p. ej. Médico, enfermero, asesor del paciente, trabajador social)  Internet/Radio/TV  Página web de Komen
- Familia/Amigos/Otro paciente  Redes sociales
- Línea de ayuda para el cuidado de los senos (1-877-GO KOMEN)
- Otro: \_\_\_\_\_



# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE KOMEN

## INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO .....

Los pagos por depósito directo son más seguros y se pueden recibir más rápido que un cheque por correo. A menos que se indique lo contrario, los cheques se enviarán por correo a la dirección que figura en la página 2.

**\*\*Los pagos de financiación solo pueden hacerse directamente al solicitante\*\***

Mé todo de pago preferido:  Depósito Directo  Cheque Enviado por Correo

Si se prefiere el depósito directo, proporcione su información bancaria a continuación.

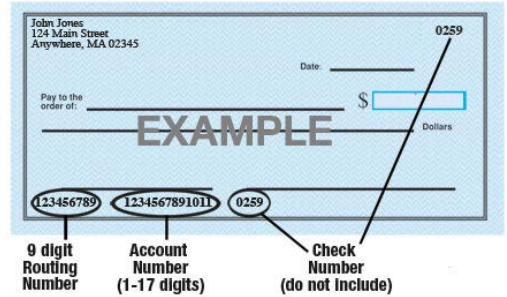
Tipo de cuenta:  Cheques  Ahorros

Nombre del banco: \_\_\_\_\_

Nombre en la cuenta: \_\_\_\_\_

Número deruta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_



## Términos y condiciones.....

Los datos proporcione en este documento se utilizarán de acuerdo con la Política de privacidad de Komen<sup>1</sup>. Por la presente, Komen, sus empleados y agentes están autorizados para obtener y considerar información médica, financiera, sobre el tratamiento, terapia, y de otro tipo relacionada con quien presenta la solicitud con los proveedores del cuidado de la salud del solicitante, su farmacia, empleador, compañía de seguro y/o cualquier otra persona o entidad que trabaje con Komen en representación del solicitante a los fines de confirmar su elegibilidad para el Programa de asistencia financiera. Komen también puede utilizar o divulgar la información personal del solicitante, según sea necesario, para que Komen le brinde a los solicitantes la ayuda del programa. Komen puede anonimizar y quitar la identificación en la información y los datos del solicitante y utilizar dicha información para fines propios de Komen, incluso desarrollar informes acumulados. Ni Komen ni ninguno de sus empleados o agentes divulgarán ninguna información que identifique al solicitante a un tercero, excepto en el caso antes mencionado, o en cumplimiento de la ley, o según Komen considere adecuado para investigar o resolver algún posible fraude o auditar alguna irregularidad.

La continuidad del Programa de Asistencia Financiera de Komen depende de la disponibilidad de fondos y Komen se reserva el derecho a modificar y/o discontinuar el programa en cualquier momento y sin aviso previo a los solicitantes. Al presentar este pedido, el solicitante acepta no hacer responsable a Komen de cualquier pérdida que surja, ya sea directa o indirectamente, del solicitante con respecto a, y por participar en, el Programa de Asistencia Financiera de Komen.

Yo, \_\_\_\_\_\*, por la presente confirmo que la información brindada en esta solicitud es verdadera, precisa y completa y que soy la persona sujeto del pedido o he sido autorizado por el/la solicitante para actuar en su nombre. Al firmar a continuación, también confirmo que he leído y comprendido los Términos y Condiciones y Política de Privacidad del Programa de Asistencia Financiera de Komen. Al teclear mi nombre a continuación, comprendo y estoy de acuerdo en que este método de firma electrónica tiene la misma validez y efecto legal que al firmar manualmente.

Firma del solicitante\*: \_\_\_\_\_ Fecha\*: \_\_\_\_\_

Sinos el soliciante: Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante:  Padre, madre o tutor legal  Cónyuge o pareja

Miembro de la familia  Trabajador social  Asesor del paciente

Proveedor de servicios médicos  Otro: \_\_\_\_\_

\*Requerido

<sup>1</sup><https://ww5.komen.org/AboutUs/PrivacyPolicy.html>