



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

Fondos

- **Este no es un fondo de emergencia** - Hacemos todo lo posible para procesar todas las solicitudes completas dentro de las 4-6 semanas posteriores a la recepción. Las solicitudes se procesan en el orden en que se recibieron.
- 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 seno o viviendo con cáncer de seno metastásico,
 - Tener un ingreso familiar anual actual igual o inferior al 300% del FPL¹ (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.....

- ✓ Complete la solicitud
- ✓ Obtener una carta del proveedor médico del solicitante que confirme:
 - Si el solicitante está siendo tratado actualmente por cáncer de mama y
 - Estadio actual del cáncer de mama (Etapa 0-4).

*La carta debe estar en papel con membrete oficial y fechada dentro de un año de la presentación. 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

¹<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 seno: _____

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

Subtipo de cáncer de seno: Cáncer de seno triple negativo (TNBC) (RE-/RP-/HER2-)
 Cáncer de seno 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 2023 (FPL)		
	48 estados contiguos y D.C.	Hawái	Alaska
1	\$43,740	\$50,310	\$54,630
2	\$59,160	\$68,040	\$73,920
3	\$74,580	\$85,770	\$93,210
4	\$90,000	\$103,500	\$112,500
5	\$105,420	\$121,230	\$131,790

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.

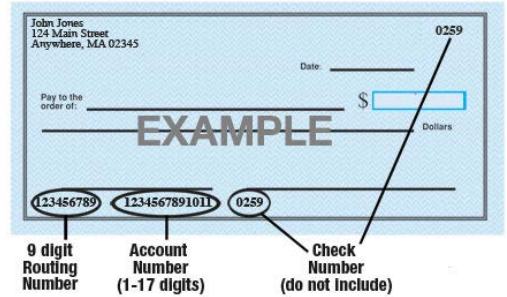
Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

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 Komen¹. 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

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