



# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA KOMEN DE AYUDA PARA EL TRATAMIENTO

**SUSAN G. KOMEN® CREÓ EL PROGRAMA KOMEN DE AYUDA PARA EL TRATAMIENTO** porque tenemos un compromiso con satisfacer las necesidades más críticas de las personas que padecen de cáncer de seno. El objetivo de este programa es ayudar a quienes se les dificulta pagar los costos del tratamiento contra el cáncer de seno. Aunque el tratamiento médico y la atención serán el costo primario asociado al cáncer de seno, existen otros costos que impiden que un individuo reciba la atención que necesita.

## Crterios 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 FPL<sup>1</sup> (consulte la tabla en la página 3),
- Residir en los Estados Unidos o en un territorio de los EE. UU.
- No recibió un premio en los últimos 12 meses.

## Reseña del programa:

- Los premios 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).
- El monto del premio se basa en la etapa actual del cáncer. Los pacientes con cáncer de seno metastásico (estadio IV) recibirán \$750; los pacientes con cáncer de seno en una etapa más temprana (etapa 0 a III) recibirán \$500.
- El estadio del cáncer debe indicarse en la carta del proveedor médico del solicitante (consulte los requisitos de la solicitud a continuación).

## Instrucciones para la solicitud.....

1. Complete la solicitud
2. Solicite una carta del proveedor médico de la paciente que confirme la etapa actual del cáncer de seno y/o que actualmente está recibiendo tratamiento para cáncer de seno. La carta debe estar en papel membretado oficial y fechada dentro de un año de la fecha de solicitud.
3. Envíe la solicitud completa y la carta del proveedor médico a [TreatmentAssistance@Komen.org](mailto:TreatmentAssistance@Komen.org), P.O. Box 801889 Dallas, TX 75380, O fax al 972-454-4657.

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

## Términos y condiciones.....

Los datos proporcionados en este documento se utilizarán de acuerdo con la Política de privacidad de Komen<sup>2</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 ayuda para el tratamiento. 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 Komen de ayuda para el tratamiento 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 Komen de ayuda para el tratamiento.

<sup>1</sup> <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> <sup>2</sup> <https://ww5.komen.org/AboutUs/PrivacyPolicy.html>



# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA KOMEN DE AYUDA PARA EL TRATAMIENTO

Para obtener asistencia con esta solicitud o para obtener más información, comuníquese con nosotros llamando al 1-972-866-4233 o por correo electrónico a [TreatmentAssistance@Komen.org](mailto:TreatmentAssistance@Komen.org)

## SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

### INFORMACIÓN SOBRE EL/LA PACIENTE.....

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:**  Negra o Afroamericana  Blanca o Caucásica  Asiática  
 Indoamericana o Nativo de Alaska  Medio Oriente o Norte de África (MENA)  
 Nativo de Hawái o Islas del Pacífico  Prefiero no especificar

**Etnia:**  Hispano/a o Latino/a  No Hispano/a o Latino/a  Prefiero no especificar

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

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

Por favor, indique el tipo de seguro con que cuenta el paciente. Si el paciente 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



# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA KOMEN DE AYUDA PARA EL TRATAMIENTO

## ¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA SUSAN G. KOMEN DE AYUDA PARA EL TRATAMIENTO? .....

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

## 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\*:** \_\_\_\_\_ **Ingreso total 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 2021 (FPL)		
	48 estados contiguos y D.C.	Hawái	Alaska
1	\$38,640	\$44,460	\$48,270
2	\$52,260	\$60,120	\$65,310
3	\$65,880	\$75,780	\$82,350
4	\$79,500	\$91,440	\$99,390
5	\$93,100	\$107,100	\$116,430
6	\$106,740	\$122,760	\$133,470
7	\$120,360	\$138,420	\$150,510
8	\$133,980	\$154,080	\$167,550

## NECESIDADE DE AYUDA FINANCIERA .....

**(por favor, elija su necesidad financiera más urgente relacionada con el tratamiento)\*:**

- 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*



# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA KOMEN DE AYUDA PARA EL TRATAMIENTO

## INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO .....

Los pagos por depósito directo son más seguros y se pueden recibir más rápido que un cheque por correo. Los cheques que se envíen por correo se escribirán al solicitante y se enviarán por correo a la dirección indicada anteriormente.

Método de pago preferido:  Depósito Directo  Cheque Enviado por Correo

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

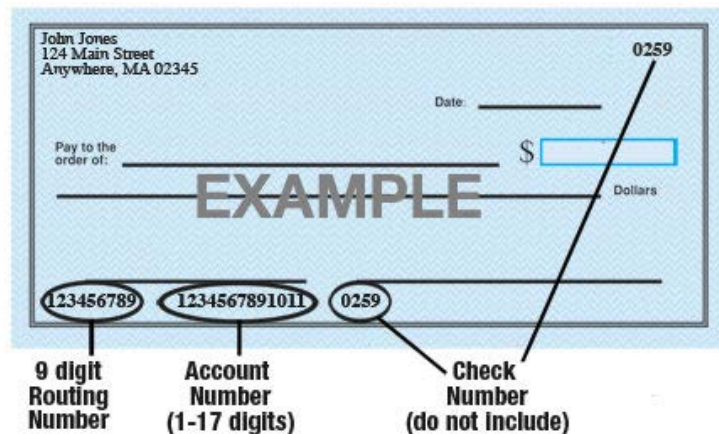
Tipo de cuenta:  Cheques  Ahorros

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

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

Número de ruta (Routing Number): \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_



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 Komen de ayuda para el tratamiento. 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 paciente\*: \_\_\_\_\_ Fecha\*: \_\_\_\_\_

Si no es el paciente: Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

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

Miembro de la familia  Trabajador social  Asesor del paciente

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

\*Requerido