

COCA Cares Financial Assistance Program

Nuestro programa de asistencia financiera:

La Alianza de Colorado contra el Cáncer de Ovario (COCA por sus siglas en inglés) está dedicada a aumentar la conciencia social sobre el cáncer de ovario y en apoyar a las mujeres que hayan sido diagnosticadas con este cáncer. Con este objetivo en mente, hemos creado un pequeño fondo de asistencia financiera para ayudar a las mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario que se encuentren en una situación financiera crítica debido a la dificultad del diagnóstico.

La ayuda financiera (o subsidio) está disponible para las solicitantes que necesiten:

- Asistencia financiera mensual para cubrir gastos como pagar el alquiler, la hipoteca, la prima mensual del seguro médico, alimentos, servicios de guardería, transporte, los servicios públicos como facturas del gas o la electricidad y gastos médicos. La ayuda máxima es de \$500 al mes durante seis meses.
- Asistencia financiera para gastos médicos asociados con visitas a un Oncólogo Ginecólogo para una primera visita o para recibir una segunda opinión. Máximo: \$500.
- Asistencia limitada para cubrir el costo del transporte a un ensayo clínico de investigación de drogas experimentales. Máximo: \$500.
- **El Programa COCA.Cares paga las facturas y no envía el dinero directo a los solicitantes.**
- Hay un límite total de \$3,000 por persona.

La Alianza de Colorado contra el Cáncer de Ovario ofrece ayuda bajo su propia discreción. Examinamos cada solicitud y hablamos con cada persona individualmente. Que recibamos una solicitud no garantiza la asistencia financiera para la solicitante.

Para calificar para recibir esta ayuda:

Ofrecemos ayuda financiera a las pacientes con cáncer de ovario siempre y cuando cumplan con los requisitos de residencia, médicos y financieros descritos a continuación. También consideraremos a aquellas solicitantes que hayan sido diagnosticadas con cáncer de las trompas de Falopio.

Requisitos de residencia:

1. La solicitante debe residir en el Estado de Colorado.

Requisitos médicos:

1. **Asistencia mensual.** Para calificar para recibir la ayuda mensual usted debe:
 - a. haber sido diagnosticada con cáncer de ovario o de las trompas de Falopio
 - b. estar recibiendo en la actualidad tratamiento de quimioterapia u otro tratamiento médico para combatir el cáncer de ovario
 - c. ☐ haber recibido cirugía o tratamiento para el cáncer de ovario en los últimos tres meses
 - d. entregar una verificación de su situación médica por parte de su oncólogo (ver solicitud)
2. **Ayuda médica.** Para calificar para recibir ayuda con el costo de una visita a un Oncólogo Ginecólogo, usted debe:
 - a. haber sido diagnosticada con cáncer de ovario o de las trompas de Falopio
 - b. no tener seguro médico
 - c. ☐ tener seguro médico que no cubre el costo de una primera visita o para recibir una segunda opinión
 - d. entregar una verificación de su situación médica por parte de su doctor (ver solicitud)
3. **Ayuda para ensayos clínicos experimentales.** Para calificar para recibir ayuda con el costo del transporte a un ensayo clínico, usted debe:
 - a. haber sido diagnosticada con cáncer de ovario
 - b. entregar una verificación de su situación médica por parte del doctor a cargo del ensayo (ver solicitud)

Requisitos financieros:

1. **Ingresos.** Sus gastos mensuales deben ser mayores que sus ingresos mensuales, y sus ingresos en total deben ser iguales o menos que el 300% del índice de la pobreza federal (ver información adjunta). Además, quizás verifiquemos que sus ingresos sean iguales a o menores que los ingresos medios en su condado (www.huduser.org).
2. **Bienes.** Sus bienes, incluyendo dinero en efectivo, inversiones y propiedades de bienes raíces además de su hogar, deben sumar menos que el total de sus gastos por seis meses durante su tratamiento.
3. **Ayuda pagando la hipoteca.** Para recibir esta ayuda, debe enviar una copia de sus impuestos a la propiedad (actuales) y el precio total de su hogar debe sumar menos que el precio medio a la venta en su condado.

Quizás tenga que entregar documentos adicionales a COCA para verificar que califique. Si comparte información falsa o engañosa ya sea por escrito o por teléfono, COCA tiene el derecho de cancelar su solicitud, dejar de ofrecerle ayuda financiera y tomar los pasos necesarios para recuperar cualquier ayuda ofrecida anteriormente.

Para ver otras opciones de ayuda financiera, visite:
www.colo-ovariancancer.org/financial-resources

Siga los siguientes pasos para solicitar asistencia financiera:

Paso 1: Complete las páginas 1 a 4 de la solicitud de COCA.Cares. Use el documento adjunto sobre el índice federal de la pobreza (*FPL* por sus siglas en inglés) para verificar sus ingresos y ver si califica (igual a o menos que el 300% del *FPL* para el tamaño de su familia).

Paso 2: Despegue el formulario (en inglés) de Verificación Médica de COCA.Cares (página 5). Llévelo a su Oncólogo y pídale que lo complete y haga una copia usando su propio membrete. Envíelo a COCA ya sea por correo postal, correo electrónico o fax.

Paso 3: Haga una copia de su licencia de conducir o de alguna otra forma de identificación de Colorado que muestre el mismo domicilio que escribió en su solicitud. Incluya esta copia con su solicitud.

Paso 4: Envíe por correo postal su solicitud completa y todos los documentos necesarios a:

Colorado Ovarian Cancer Alliance
1777 S. Bellaire St., Suite 170
Denver, CO 80222
attn: COCA.Cares

**Para que su solicitud sea procesada rápidamente, puede enviar primero la solicitud por fax (antes de enviarla por correo postal) al 1-866-517-0215. Sin embargo, el documento original, debe ser recibido por correo antes de que aprobemos la asistencia financiera.

Por favor asegúrese de enviar toda la información incluida en este documento.
Las solicitudes incompletas retrasarán nuestra habilidad de ofrecerle ayuda financiera.

Cuando COCA reciba su solicitud, Jeanene Smith, nuestra administradora del programa COCA.Cares, enviará su aplicación y los documentos adicionales al Comité de Asistencia Financiera de COCA, quien tomará la decisión final. Una vez que tomen la decisión, le enviaremos por correo un acuerdo o carta de rechazo. Si su solicitud fue aceptada, nos pondremos en contacto con usted para determinar la mejor forma de hacer los pagos. Esta llamada también servirá para hacer preguntas y aclarar cualquier duda. Las solicitudes son procesadas lo más pronto posible. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la:

**Línea telefónica de asistencia en español de
COCA.Cares**
1-800-428-0642, x106
Fax: 1-866-517-0215

Solicitud – página 1 – Información personal

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial 2º Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, CP: _____

Condado de Colorado: _____ Fecha de nac.: _____

Teléfono: Casa _____ Móvil _____ Trabajo _____

Correo electrónico: _____

Mejor manera de contactarla: *encierre en un círculo* Teléfono Tel. móvil Trabajo Correo electrónico

Mejor momento para contactarla: *encierre en un círculo* Mañana Tarde Noche Mejor hora _____

Estado civil: *encierre en un círculo* Soltera Casada En pareja Separada Divorciada Viuda

Nombre de un contacto adicional: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

¿Tiene seguro médico? Sí ☐ No ☐

Si sí, por favor indique qué tipo de seguro médico tiene (marque todos los que apliquen):

☐ Seguro privado ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Programa para veteranos ☐ Otro

Si tiene seguro médico privado, por favor escriba el nombre: _____

Comentarios: _____

¿Está trabajando actualmente? Sí ☐ No ☐ Si sí, ¿cuántas horas por semana? _____

¿Estaba trabajando antes de que la diagnosticaran con cáncer de ovario? Sí ☐ No ☐

de personas en su hogar: _____ # que reciben un salario: _____ # de dependientes: _____

¿Cómo se enteró del programa COCA.Cares? _____

Nombre de la persona que le recomendó el programa: _____

Núm. de tel. de esta persona: _____ Correo electrónico: _____

Solicitud – página 2 – Información de sus ingresos

¿Cuál es el total de sus ingresos **mensuales** actuales después de pagar impuestos? Por favor incluya los detalles a continuación.

INGRESOS MENSUALES ACTUALES: \$ _____ en total

INGRESOS

Ingresos laborales

Sus ingresos laborales después de pagar impuestos \$ _____
Ingresos laborales de su pareja (desp. de impuestos) \$ _____
Otros ingresos laborales o de trabajo independiente \$ _____

Ingresos de beneficios y seguro

Seguro de discapacidad del empleador \$ _____
Seguro de desempleo \$ _____
Jubilación / Pensión \$ _____
401K / IRA \$ _____
Seguro Social \$ _____
SSI / SSDI \$ _____
Otros beneficios/Seguro \$ _____

Ingresos de asistencia

Manutención / Pensión alimenticia \$ _____
Programa de ayuda para pagar la electricidad (LEAP) \$ _____
Estampillas de comida (SNAP) \$ _____
Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF) \$ _____
Ayuda para el necesitado y discapacitado (AND) \$ _____
Sección 8 de HUD (suplemento para la vivienda) \$ _____
Ayuda de parientes \$ _____
Ayuda de una comunidad religiosa \$ _____
Ayuda de amigos \$ _____
Ayuda de otras organizaciones caritativas \$ _____
Otra ayuda financiera \$ _____

BIENES

Efectivo / Valor de la cuenta de cheques: _____
Valor de la cuenta de ahorros: _____
Valor del seguro de vida: _____
Valor de inversiones: _____
Valor de fondos de jubilación: _____
Valor de otros bienes: _____
Valor de bienes raíces: _____
(no de la casa en la que vive)

Ingresos mensuales de

\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____

Importante: Quizás le pidamos que nos de una copia de su declaración federal de impuestos más reciente.

Solicitud – página 3 – Información de sus gastos

¿Cuál es el total de sus gastos **mensuales** actuales después de pagar impuestos? Por favor incluya los detalles a continuación.

TOTAL DE LOS GASTOS MENSUALES ACTUALES: \$ _____ en total

GASTOS

	Gasto mensual
Gastos del hogar	
Alquiler	\$ _____
Hipoteca	\$ _____
Electricidad	\$ _____
Agua	\$ _____
TV / Internet / Cable / Satélite	\$ _____
Teléfono / móvil, incluyendo larga distancia	\$ _____
Comida	\$ _____
Gastos de dependientes	
Cuidados para niños/guardería	\$ _____
Pensión alimenticia que paga a otra persona	\$ _____
Cuidados para ancianos	\$ _____
Gastos de transporte	
Mensualidad del automóvil	\$ _____
Gasolina	\$ _____
Seguro del auto	\$ _____
Estacionamiento / Transporte público	\$ _____
Gastos médicos	
Prima del seguro médico	\$ _____
Gastos médicos (que no cubre el seguro)	\$ _____
Gastos en medicinas (que no cubre el seguro)	\$ _____
Gastos de préstamos	
Mensualidades de préstamos	\$ _____
Pagos a tarjetas de crédito	\$ _____
Otros gastos	
Otro: _____	\$ _____
Otro: _____	\$ _____
Otro: _____	\$ _____
Otro: _____	\$ _____

¿Está tratando de conseguir actualmente ayuda o apoyo financiero para pagar deudas o gastos extras?
Por favor explíquenlos a continuación.

Solicitud – página 4 – Información adicional

HISTORIAL DE SU CÁNCER DE OVARIO

Fecha en la que fue diagnosticada: _____ Nivel/Etapa: _____

¿Le ha reaparecido el cáncer? Sí ☐ No ☐

¿Ya ha visitado a un Oncólogo Ginecólogo? Sí ☐ No ☐

¿Ha participado en un ensayo clínico experimental? Sí ☐ No ☐

Cirujano: _____

Oncólogo: _____

Trabajadora social / Enfermera: _____

~~~~~

### Por favor marque la casilla que explique por qué está solicitando ayuda de COCA.Cares:

- ☐ Para ayudarme a cubrir los gastos durante mi tratamiento por cáncer de ovario
- ☐ Para ayudarme a cubrir gastos mientras me recupero de una cirugía o tratamiento por cáncer de ovario
- ☐ Para ver a un Oncólogo Ginecólogo por primera vez o para una segunda opinión
- ☐ Para cubrir el costo del transporte asociado con el tratamiento de un ensayo clínico

### Lea y marque las casillas para verificar la siguiente información:

- ☐ He leído la página 1 y entiendo cómo y a quién ofrece COCA su asistencia financiera.
- ☐ Yo vivo en el Estado de Colorado.
- ☐ Estoy recibiendo ahora tratamientos de quimioterapia u otro tratamiento recetado por un oncólogo para combatir el cáncer de ovario o de las trompas de Falopio.
- ☐ Estoy ahora dentro del periodo de 3 meses después de haberme operado, recibido quimioterapia o recibido otro tratamiento recetado por un oncólogo para combatir el cáncer de ovario.
- ☐ He firmado al pie de esta página dándole permiso a COCA para que reciba información médica para procesar mi solicitud.
- ☐ Entiendo que COCA me hará preguntas personales sobre mi tratamiento y situación financiera. Prometo dar respuestas verdaderas durante una entrevista por teléfono o en persona.

*Entiendo que la Alianza de Colorado contra el Cáncer de Ovario (COCA por sus siglas en inglés) ofrece servicios gratis y que todas estas contribuciones son hechas bajo su propia discreción. La información contenido en esta solicitud es verdadera. Libero a COCA de cualquier responsabilidad y reclamo que pudieran surgir a partir de la donación de este dinero y/o servicios recibidos. Autorizo a COCA para que comparta mi información, incluyendo mi nombre, domicilio y tipo de asistencia recibida, a cualquier agencia de servicio social según COCA lo decida. También doy mi autorización para que COCA reciba información médica y otros documentos necesarios para verificar esta solicitud y acepto firmar cualquier otra autorización que sea necesaria.*

Firma de la  
solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**Healthcare Provider:**

Please copy this form onto your official office letterhead, complete it and mail, fax or scan/email to Colorado Ovarian Cancer Alliance. Thank you for your assistance.  
Colorado Ovarian Cancer Alliance – COCA.Cares Program  
Mail: 1777 S. Bellaire St., Suite 170, Denver, CO 80222 - Attn: COCA.Cares  
Fax: 1-866-517-0215 ~ Email: cocacares@colo-ovariancancer.org

**COCA.Cares Medical Verification**

Date: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Confirmed Diagnosis: \_\_\_\_\_ Date 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 is currently undergoing chemotherapy. Yes ☐ No ☐

Chemotherapy Start Date: \_\_\_\_\_ Anticipated End Date: \_\_\_\_\_

Drug: \_\_\_\_\_

Drug: \_\_\_\_\_

Drug: \_\_\_\_\_

Patient has undergone surgery. Yes ☐ No ☐ Most Recent Surgery Date: \_\_\_\_\_Patient has a planned surgery. Yes ☐ No ☐ Planned Surgery Date: \_\_\_\_\_

Surgical Procedure: \_\_\_\_\_

Patient is being admitted to a clinical drug trial. Yes ☐ No ☐

Clinical Trial Start Date: \_\_\_\_\_ Anticipated End Date: \_\_\_\_\_

Other planned treatment(s) or other important medical information about this patient's ovarian cancer treatment.

Referring professional completing this form: (Physician, PA, Nurse or medical LCSW):

Name &amp; 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:

Oncologist Signature

Date:

Fundación para la educación sobre la cobertura médica  
(*Foundation For Health Coverage Education*)

## Índice Federal de Pobreza (*FPL*) 2018

Los niveles de beneficios otorgados por muchos programas de asistencia financiera están basados en estos índices de pobreza. Encuentre el tamaño de su familia y sus ingresos mensuales o anuales para determinar su categoría de porcentaje del *FPL*. **Importante:** Las mujeres embarazadas cuentan como dos personas en esta tabla.

### Los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia

| Tamaño<br>de la<br>familia | Ingresos anuales |          |          |          |
|----------------------------|------------------|----------|----------|----------|
|                            | 100%             | 150%     | 200%     | 300%     |
| 1                          | \$12,140         | \$18,210 | \$24,280 | \$36,420 |
| 2                          | \$16,460         | \$24,690 | \$32,920 | \$49,380 |
| 3                          | \$20,780         | \$31,170 | \$41,560 | \$72,340 |
| 4                          | \$25,100         | \$37,650 | \$50,200 | \$75,300 |
| 5                          | \$29,420         | \$44,130 | \$58,840 | \$88,260 |

| Tamaño<br>de<br>familia | Ingresos mensuales |         |         |         |
|-------------------------|--------------------|---------|---------|---------|
|                         | 100%               | 150%    | 200%    | 300%    |
| 1                       | \$1,012            | \$1,517 | \$2,023 | \$3,035 |
| 2                       | \$1,372            | \$2,507 | \$2,743 | \$4,115 |
| 3                       | \$1,732            | \$2,597 | \$3,360 | \$5,195 |
| 4                       | \$2,092            | \$3,137 | \$4,183 | \$6,275 |
| 5                       | \$2,452            | \$3,677 | \$4,903 | \$7,355 |

Encuentre esta información visitando: <http://coverageforall.org/resources/>

También puede visitar: <http://aspe.hhs.gov/poverty/13poverty.shtml>