

COCACares 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.**

Quando 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: *encierra en un círculo* Teléfono Tel. móvil Trabajo Correo electrónico

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

Estado civil: *encierra 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 (<i>LEAP</i>) | \$ _____ |
| Estampillas de comida (<i>SNAP</i>) | \$ _____ |
| Ayuda temporal para familias necesitadas (<i>TANF</i>) | \$ _____ |
| Ayuda para el necesitado y discapacitado (<i>AND</i>) | \$ _____ |
| Sección 8 de <i>HUD</i> (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.

Nombre: _____



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 explíquenos 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 & Credentials: \_\_\_\_\_

Hospital/Clinic: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

| <b>My signature below affirms the diagnosis and treatment information as described on this page.</b> |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Referring Professional Signature                                                                     | Date: _____ |
| Oncologist Signature                                                                                 | Date: _____ |

# COVERAGEFORALL.ORG

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

### Índice Federal de Pobreza (*FPL*) 2019

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 de la 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 de 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 |