



SOLICITUD PARA ASISTENCIA

El Fondo de Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno proporciona asistencia financiera a personas diagnosticadas con cáncer de seno y para aquellos buscando servicios para la salud de seno como recomendado por un proveedor médico. El solicitante debe residir y recibir tratamiento en uno de los 22 condados de Wisconsin y tener ingresos hasta el 400% del nivel federal de pobreza. Información detallada sobre el Fondo puede ser encontrada en KomenWisconsin.org/Fund.

Para ser considerada(o) para recibir asistencia, por favor asegúrese de llenar completamente todas las secciones de esta solicitud. Debe ser incluido la documentación y las firmas necesarias.

Envíe la solicitud completada a:

Janet Johnson
Wisconsin Women's Health Foundation
2503 Todd Drive, Madison, WI 53713
Teléfono: 877.910.PINK (7465)
Fax: 608.251.4136
Correo Electrónico: wwhf@wwhf.org

Información Personal

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de hoy: _____

Domicilio: _____ Cd./Est./Cdg.Postal : _____

Condado: _____ Teléfono durante las horas hábiles: () _____

Correo Electrónico: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Mujer Hombre Intersexual

Grupo Étnico: Blanca(o) Afro-Americana(o) Latina(o) Asiática(o) Amerindio(a)
 Otro _____

¿Cómo supo de este fondo? _____

Solicitud para Asistencia Financiera

- Marque aquí si está solicitando asistencia para hacer un mamograma o exámen físico de los senos.
- Marque aquí si está solicitando asistencia para un mamograma diagnóstico, ultrasonido, biopsia u otro exámen diagnóstico.
- Marque aquí si ha sido diagnosticada(o) con cáncer de mama y tiene preguntas sobre asistencia para los co-pagos, deducibles, co-seguros, primas de seguro médico, transportación, cuidado de niños y medicamentos.

La solicitud tiene que ser aprobada antes de recibir los servicios. Los servicios se deben de recibir durante el año correspondiente a la beca. Todos los pagos se enviarán directamente al proveedor de servicios.

Información sobre su Proveedor de Servicios Médicos

Nombre de su médico: _____ Hospital / Clínica: _____

Domicilio: _____ Cd./Est./Cdg.Postal: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

Fecha en que se le diagnosticó el cáncer de mama (si aplica): _____

Información del Seguro Medico

¿Tiene seguro médico? Sí No

Si es así, ¿qué tipo de seguro tiene?: (marque todo que le aplica)

Seguro médico privado o por parte del trabajo Medicare Medicaid

Cubertura del programa Wisconsin Well Woman BadgerCare

Otro (Por favor especifique): _____

Información Financiera

Número de personas en su unidad familiar: _____ (por ejemplo, el número que reclama en la declaración de impuestos)

¿Cuál es su ingreso bruto familiar anual? \$ _____ (por ejemplo, la cantidad que reporta en la declaración de impuestos)

(Ingreso bruto familiar anual (antes de pagar impuestos); excepto en el caso de familias trabajadoras del campo y trabajadores autónomos, para las que se usa el ingreso neto tributable).

Esta solicitud requiere verificación de ingresos. Por favor incluya uno de los siguientes:

- Talón de Cheque (*los dos últimos talones de pago de cada persona que genera ingresos*)
- Carta de concesión de discapacidad (*SSI, etc.*)
- Declaración de desempleo
- Carta del empleador verificando el ingreso
- Documentación de Impuestos (*Formulario W2 o copia del más reciente formulario de impuestos*)

Si usted no tiene ingreso actualmente, por favor proporcione una declaración por escrito de cómo usted y/o su familia se mantiene. Si necesita espacio adicional use el reverso de esta hoja.

Autorización y Entrega del Historial Médico

La ley federal protege la privacidad y la confidencialidad del historial médico de un paciente. Para que el Fondo de Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno pueda tener acceso a su historial médico (como parte de su proceso de asistencia financiera), debe ser firmado el formulario autorización y entrega del historial médico. Por favor conozca sus derechos con respecto a esta autorización y entrega de historial médico.

- Usted puede negarse a firmar el formulario de Autorización y Entrega de Historial Médico, aunque al negarse significa que no calificaría para recibir asistencia financiera de este fondo.
- Usted se puede anular el formulario de Autorización por una anulación escrita al proveedor de servicios médicos. Una vez recibida por el proveedor de servicios médicos, se hará efectiva la anulación.
- Usted tiene el derecho de pedir por escrito una copia de la Autorización y Entrega del Historial Médico.
- Usted puede inspeccionar u obtener copias de toda la información que el Fondo de WWHF/Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno recibe de acuerdo con esta Entrega y Autorización.

Por la presente yo autorizo a _____
(Nombre del proveedor de servicios médicos)

Para revelar toda mi información médica e información de facturación relacionada con la salud de mis senos al Fondo de WWHF/Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno, 2503 Todd Drive, Madison, WI 53713.

Yo autorizo específicamente la entrega de toda mi información médica e información de facturación a la posesión de su organización.

El propósito de esta solicitud es ayudar al Fondo de WWHF/Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno en determinar mi elegibilidad para asistencia financiera.

Esta Autorización y Entrega se vence doce (12) meses después de que es firmada al menos que sea anulada antes del vencimiento.

El Fondo de Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno no divulgará o entregará su historia médica a ninguna fuente externa sin obtener de antemano su consentimiento expreso.

Firma del Solicitante

Fecha

Solicitud de Entrega y Autorización

Yo entiendo y estoy de acuerdo que no me ha hecho ninguna promesa o garantía ningún representante del Fondo de WWHF/Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno o de la Afiliación de Susan G. Komen for the Cure del Sureste de Wisconsin en cuanto a la asistencia que estoy solicitando.

Yo entiendo y concedo permiso a todos mis médicos, clínicas y hospitales de proveer los documentos relacionados al tratamiento y cuidado del cáncer de mama según sea necesario al Fondo de WWHF/Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno. El Fondo de Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno está de acuerdo con que toda la información médica permanecerá confidencial, y cualquier reporte escrito sobre el programa no usará ningún nombre del participante sin su consentimiento expreso.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con que el cumplimiento de asistencia puede resultar en publicidad sin importar si el Fondo de Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno activamente toma pasos para promocionar su servicio.

Yo entiendo y reconozco que cualquier servicio otorgado y la participación de cualquier persona en el fondo de asistencia dependen de la aprobación del Fondo de Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno.

También entiendo que hay un límite en el número de servicios que recibiré, que depende del tipo y costo de los servicios solicitados y ofrecidos.

Firma del Solicitante

Fecha

Reconocimiento de Reembolso, Desistimiento y Retiro de Demandas

Yo, el/la abajo firmante, en consideración de mi deseo de obtener fondos para exámenes para la salud del seno, servicios diagnosticados, y otros gastos elegibles, directos o indirectos, relacionados a ello (en conjunto, "los gastos cubiertos"), como sean determinados por la Fundación de Salud de Mujeres de Wisconsin, Inc. Una corporación sin fines de lucro de Wisconsin (WWHF), a su única discreción, del Fondo de Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno (el Fondo), reconozco en forma afirmativa que: (i) la única función de WWHF es de tramitar pagos y desempeñar otras actividades administrativas relacionadas al Fondo, (ii) el Fondo pagará hasta, y no más de, **\$2,000 (el "Importe Máximo")**, por Pruebas de Elegibilidad y Gastos Cubiertos; y pagará hasta, y no más de **\$1,250 (el "Importe Máximo")**, por Gastos Elegibles de tratamiento contra el cáncer de seno; y (iii) cualquier y todos gastos que (a) no son Gastos Cubiertos, o (b) son obligación a pagar cualquier gasto aparte de los Gastos Cubiertos o a pagar cualquier gasto más del Importe Máximo). Yo entiendo que puedo hablar con libertad con mi(s) médico(s) sobre toda la gama de opciones para mi cuidado y que nada en este acuerdo me excluye o impide hacerlo. También reconozco que algunas opciones no son 'Gastos Cubiertos' bajo este programa.

Estoy de acuerdo a mi nombre y en nombre de mi esposo/a, mis herederos/as, cesionarios/as, parientes y entidades conexas, por el presente eximir, renunciar, absolver, y descargar así como indemnizar a la WWHF, y a sus administradores, oficiales, empleados, agentes, aseguradores, personas y entidades conexas (en forma colectiva las "Partes Eximidas"), de y en contra de cualquiera todos los derechos, reclamaciones, exigencias, causas de acción, obligaciones, demandas, derechos de retención, daños y perjuicios o responsabilidades de cualquier clase o tipo, ya sean conocidos o desconocidos, sospechados o declarados, que yo podría tener ahora o en el futuro en contra de las Partes Eximidas que surjan de, están basados en, relacionados o conectados a: (a) WWHF, (b) El Fondo, (c) el pago o no de los Gastos Cubiertos, o (d) la entrega o falta de la misma, de cualquiera t todos los servicios de asistencia médica por proveedores médicos (incluyendo, pero no limitándose a, cualquier asunto de la salud descubierto, diagnosticado, que surja de, o está relacionado a los servicios prestados por proveedores de asistencia médica conforme a este Reconocimiento de Reembolso, de Desistimiento y Retiro de la Demanda (el "Reconocimiento"). También acuerdo indemnizar y liberar de responsabilidades las Partes Eximidas por defender o investigar cualquier reclamo, acción o procedimiento de cualquier clase que surja del pago o no de los Gastos Cubiertos o de la entrega o falta de los mismos, de cualquier y todos los servicios prestados por proveedores de asistencia médica conforme a este Reconocimiento.

NI WWHF NI EL FONDO DE SUSAN G. KOMEN WISCONSIN EN NINGUN CASO SERA RESPONSABLE POR DANOS INDIRECTOS, INCIDENTALES, PUNITIVOS, CONSECUENTES, ESPECIALES O EJEMPLARES DE NINGUNA CLASE. EN NINGUN CASO LA RESPONSABILIDAD MAXIMA TOTAL DE LA WWHF O DEL FONDO EXCEDERA EL IMPORETE MAXIMO. MEDIANTE ESTE DOCUMENTO USTED RENUNCIA AL DERECHO DE PRESENTAR UNA DEMANDA CONTRA LA WWHF O EL FONDO QUE SURJA EN CUALQUIER MANERA O RELACIONADA A ESTE RECONOCIMIENTO O EL SUMINISTRO O NO DE CUALQUIER SERVICIO DE ATENCION MEDICA.

Este documento se suscribe, se ejecuta y se rige por la leyes del estado de Wisconsin. Me someto expresamente al distrito y la jurisdicción de los tribunales de Wisconsin respecto a cualquier litigio que surja a partir de este Reconocimiento.

HE LEÍDO ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS Y SUS CONDICIONES.

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre en letra de molde

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

¿Usted necesita un intérprete? **No** (terminar aquí) **Sí** (llene los datos en continuación)

- Yo, _____ (*Nombre del Solicitante*) le concede permiso al Fondo de WWHF/Komen de Wisconsin para el Cáncer de Seno para usar un servicio de interpretación para traducir nuestras conversaciones como parte del proceso de asistencia financiera. Yo entiendo que tengo el derecho a estos servicios bajo ningún costo para mí o mi familia. Yo entiendo que este intérprete no actuará como mi representante autorizado.
- Renuncia: En lugar de usar un servicio de interpretación, decido proporcionar a mi propio intérprete en esta ocasión. El nombre del intérprete es _____. Esta persona tiene 18 años o más. Esta persona me proporcionará servicios comenzando el _____ (fecha de inicio) hasta _____ (fecha final). Esta persona puede ser contactada a través del () _____ (número de teléfono).
- o Yo entiendo que puedo finalizar ("revocar") esta renuncia en cualquier momento, siendo capaz de usar el servicio de un intérprete gratuito.
 - o Además entiendo que esta renuncia no le da permiso a ningún interprete para actuar como mi representate autorizado.

Firma del Solicitante

Fecha