

## Como podemos ayudar

Sensación de Seguridad proporciona ayuda financiera mensual para pacientes con cáncer del seno en Colorado si el peticionario cumple con nuestros criterios. Ofrecemos ayuda con los gastos ordinarios y cotidianos como pagos hipotecarios, o renta, primas de seguro médicas, compras, facturas de servicios públicos, transporte y cuidado de niños.

**Nota:** Todos los premios están hechos a la discreción del Sensación de Seguridad. Damos consideración individual a cada aplicación. **Sensación de Seguridad no garantiza asistencia a nadie. Sensación de Seguridad no paga por medicar gastos.**

Sensación de Seguridad tiene recursos financieros limitados y no será capaz de satisfacer todas sus necesidades financieras mientras está recibiendo tratamiento. Le recomendamos que explore todas las demás opciones de asistencia. **Debido a la alta demanda de nuestros servicios, corrientemente tenemos una lista de espera. Aplicaciones son revisados en el orden que son recibidos, y los solicitantes están referidos a otros recursos según sea necesario.**

## A quien le podemos ayudar

### Criterios del programa

**Residencia:** El Solicitante debe vivir en el estado de Colorado y ser capaz de proporcionar prueba de residencia.

**Médica:** El Solicitante debe ser diagnosticado con cáncer del seno y ser programados para cirugía o dentro de dos meses de tener cirugía de cáncer del seno (mastectomía, lumpectomía, disección axilar o biopsia del ganglio centinela); o actualmente en tratamiento a quimioterapia, radioterapia o terapia de Herceptin. Tenga en cuenta que la reconstrucción o las complicaciones relacionadas y otras terapias hormonales no cumplen con los requisitos para asistencia de Sensación de Seguridad.

### **Financiero:**

1. *Ingresos.* Su ingreso total del hogar de todas las fuentes (incluyendo salarios, asistencia del gobierno y fondos de jubilación) en el momento de aplicación debe ser menor que el área de ingreso del condado donde (no necesita buscar esto porque tenemos esta información). Además, sus gastos mensuales deben exceder sus ingresos mensuales.

2. *Activos.* Su efectivo o líquidos activos (es decir, CDs, acciones y fondos mutuos) deben ser menor que los gastos para la duración del tratamiento. Nosotros no requiere que usted venda su residencia principal, vehículos o artículos personales para calificar para nuestra asistencia. Podemos, sin embargo, descalificarle de recibir asistencia o reducir la cantidad de asistencia que ofrecemos, si usted tienes activos líquido que podrían ser utilizados para pagar los gastos.

3. *Asistencia hipotecaria.* Para recibir ayuda con los pagos de la hipoteca, el valor de la vivienda debe ser menor que el precio de venta casero mediano para el condado en que vive (no necesita buscar esto porque tenemos esta información). Usted tendrá que proporcionar una copia de la evaluación de impuestos del año actual. Si su hipoteca no califica para nuestra ayuda, todavía podríamos ser capaces de brindarle asistencia en otras áreas.

*Revised 2015*

## **IMPORTANTE AVISO:**

**Sensación de Seguridad puede verificar cualquier información presentada. Si se proporciona información incorrecta o engañosa en la solicitud, en materiales adicionales, o en cualquier comunicación verbal con el personal de Sensación de Seguridad, Sensación de Seguridad se reserva el derecho de suspender inmediatamente toda financiación actuales y futuros y recuperar todas esas cantidades.**

## Lista de verificación y direcciones de aplicación Por favor lea cuidadosamente

Por favor, asegúrese de proporcionar toda la información solicitada aquí. Una solicitud incompleta retrasará nuestra capacidad de ofrecer asistencia. Por favor llámenos al 303-669-3113 o (866) 736-3113 si usted tiene preguntas o desea ayuda para llenar solicitud.

### SIGA LOS PASOS 1-6 PARA COMPLETAR EL SENTIDO DE LA APLICACIÓN DE SEGURIDAD

**Paso 1: Lea "Como le Podemos Ayudar" y "A quién Podemos Ayudar" en la portada.**

**Paso 2: Lea las "Instrucciones de Aplicación" cuidadosamente y completamente (esta página).**

**Paso 3: Rellene la aplicación de Sensación de Seguridad de forma completa y precisa (páginas 1-4).**

**Paso 4: Preparar los anexos exigidos a continuación:**

A. Prueba de que usted vive en Colorado - entrega una copia de su licencia de conducir actual del estado de Colorado o identificación con una dirección que empareja su aplicación. Si usted no tiene una licencia emitida por el estado de Colorado o identificación, puede entregar un contrato de alquiler o una factura hipotecaria en su nombre. Si estos se encuentran en el nombre de un cónyuge, o miembro de familia, por favor explique.

B. Verificación del estado médico - presenta una carta firmada de su oncólogo en papel con membrete verificando su diagnóstico actual y tratamiento.

**Paso 5: Lea y marque las casillas para verificar la siguiente información:**

- Tengo entendido Sentido de Seguridad no paga los gastos médicos de cualquier tipo.
- Vivo en el estado de Colorado.
- Actualmente soy un paciente de cáncer del seno esperando cirugía o recuperándose de una cirugía de mastectomía/lumpectomía/relacionada con el cáncer o estoy sometidos a quimioterapia, radioterapia o terapia Herceptin.
- He firmado la parte inferior de la página 4 de la aplicación la cual sirve como una autorización médica, dando Sensación de Seguridad permiso para obtener la información médica necesaria para procesar mi solicitud.
- Entiendo que Sensación de Seguridad hará preguntas personales sobre mi tratamiento y estado financiero. Estoy de acuerdo en dar respuestas precisas en una entrevista telefónica.

**Paso 6: Explorar otros recursos financieros.**

Porque Sensación de Seguridad no tiene los recursos suficientes para satisfacer todas sus necesidades financieras, le recomendamos que aplique para otros recursos de la comunidad y el gobierno. Podemos guiarlo a través de este proceso y ayudar a determinar qué agencias o organizaciones podrán ser capaces de ayudarle. Completa la opción A o B abajo:

A. Ir a [www.senseofsecurity.org](http://www.senseofsecurity.org), haga clic en el enlace FAST™, la herramienta de detección de asistencia financiera y siga las instrucciones. Imprima sus recursos financieros al final y siga las instrucciones para ponerse en contacto con agencias.

B. Si usted no tiene acceso al internet o, quisiera ayudar con este paso, llame a Sensación de Seguridad al 303-669-3113 o gratis al 866-736-3113 y un miembro del personal podrá ayudarle.

**Envíe por correo su solicitud completada y los archivos adjuntos:  
Sensación de Seguridad 1355 S. Colorado Blvd., Suite C-302 Denver, CO 80222**



# Información personal

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código, Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

# de Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Skype ID: \_\_\_\_\_

¿Qué método es mejor para contactarle? a domicilio Trabajo celular Email Skype

La mejor hora para comunicarse con usted? \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltera Casada Divorciada Otro: \_\_\_\_\_

# de dependientes: \_\_\_\_\_ # de personas recibiendo ingresos: \_\_\_\_\_ # de personas en la casa: \_\_\_\_\_

Origen étnico(opcional): Afro-Americanos Asiáticos del Pacífico Caucásico Hispanos/Latinos Nativos Americanos Otro: \_\_\_\_\_

Idioma(s) que se habla(n) en la casa: Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_

Identificación de género (opcional): Masculino Femenino Género Trans Disconformes-géneros Otro: \_\_\_\_\_

Orientación sexual (opcional): Heterosexual Gay/lesbiana Bisexual Otro: \_\_\_\_\_

Nivel Educativo: Escuela Primaria Secundaria Universidad Postgrado

Seguro de Salud Médico: Ninguno Medicaid Medicare CACP Privado Otro: \_\_\_\_\_

Compañía De Seguro: \_\_\_\_\_ la prima mensual \_\_\_\_\_

Seguro proporcionado a través de: Mi Trabajo Trabajo de esposo(a) Otro: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de Sensación de Seguridad? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que la refirió: \_\_\_\_\_

# de teléfono de la persona que la refirió: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Empleo **antes** de su diagnóstico de cáncer del seno:

Tiempo Completo Medio Tiempo Trabajo por si misma Retirada No trabajaba

Empleo **después de** su diagnóstico de cáncer del seno:

Tiempo Completo Medio Tiempo Trabajo por si misma Retirada No trabajaba

Ultimo día de trabajo \_\_\_\_\_

## Información financiera – Ingresos

### INGRESOS – TODOS LOS QUE VIVEN EN LA CASA

¿Cuál fue su ingreso mensual total antes de su diagnóstico y/o tratamiento: \$ \_\_\_\_\_

Por favor escriba los ingresos actuales (en dólares enteros) de todas las fuentes de hogares los espacios de abajo.

	<u>Ingreso Mensual</u>	<u>Un regalo de tiempo o Asistencia</u>
Ingreso Propio (antes de deducciones)	_____	_____
Ingreso de Pareja (antes de deducciones)	_____	_____
Seguro de incapacidad del empleador	_____	_____
Seguro de desempleo	_____	_____
Retiro/Pensión	_____	_____
Ingresos de 401K/IRA	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
SSI / SSDI	_____	_____
Pensión para Ancianos (OAP)	_____	_____
Pensión alimenticia/manutención recibida	_____	_____
Ingresos de otras Inversiones	_____	_____
Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF)	_____	_____
Ayuda a los necesitados y discapacitados (AND)	_____	_____
Programa de asistencia de energía bajos ingresos (LEAP)	_____	_____
Estampillas de Comida	_____	_____
Sección 8 de HUD (suplemento de vivienda)	_____	_____
Ayuda de familiares	_____	_____
Ayuda de iglesia/centro de comunidad	_____	_____
Ayuda de amigos	_____	_____
Ayuda de otras organizaciones sin fines de lucro	_____	_____
Otro: _____	_____	_____

### INGRESO TOTAL POR MES:

\$

\$

<b>Activos</b>	<u>Principal Valor</u>	<u>Ingreso mensual de</u>
Efectivo/Cuenta de Cheques	_____	_____
Ahorros	_____	_____
Bienes Raíces ( <i>aparte de la casa donde vive</i> )	_____	_____
Seguro de vida	_____	_____
Inversiones	_____	_____
Fondos de Retiro	_____	_____
Otro: _____	_____	_____

## Información financiera – Gastos

### INGRESOS – TODOS LOS QUE VIVEN EN LA CASA

Introduce los gastos mensuales para su familia entera en los espacios en blanco abajo.

	<u>Gasto Mensual</u>	<u>Gastos Ocasionales (especifique)</u>
Impuestos de empleo federal/estatal/FICA/Medicare	_____	_____
Otras deducciones del ingreso	_____	_____
Renta	_____	_____
Hipoteca y HOA (lista por separado)	_____	_____
Comida	_____	_____
Utilidades _____	_____	_____
Utilidades _____	_____	_____
Cuidado de los Niños	_____	_____
Mantenimiento de Hijos	_____	_____
TV/Internet/Cable/satélite	_____	_____
Teléfono/celular (incluya larga distancia)	_____	_____
Pago del Auto	_____	_____
Gasolina	_____	_____
Seguro de Auto	_____	_____
Prima de seguro de salud	_____	_____
Gastos médicos (después de seguro)	_____	_____
Costos de medicamentos (después de seguro)	_____	_____
Seguro de Vida	_____	_____
Pagos del Préstamo	_____	_____
Pagos con tarjeta(s) de crédito	_____	_____
Gastos domésticos	_____	_____
Otro: _____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____

**TOTAL GASTOS MENSUALES:**

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

¿Ha usted buscado ayuda de otras organizaciones para ayudar con algunos de los gastos mencionados arriba? Si la respuesta es sí, por favor díganos con detalle qué tipo de ayuda ha pedido, para qué ha sido aprobada y lo que está pendiente. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Información Médica

### Historial de Cáncer del Seno

#### Diagnóstico actual

Fecha que fue diagnosticada: \_\_\_\_\_ Fase: \_\_\_\_\_ Tipo (si lo sabe): \_\_\_\_\_

#### Cirugía:

- |  |              |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Tumorectomía              | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mastectomía               | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de nodo centinela | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Disección axilar          | Fecha: _____ |

**Quimioterapia:** Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Finalización: \_\_\_\_\_

**Terapia de Radiación:** Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Finalización: \_\_\_\_\_

**Terapia Herceptin:** Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Finalización: \_\_\_\_\_

Detalles de otro terapia o tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Esta en tratamiento a causa de una recurrencia? Si No

Por favor llene la información de contacto abajo incluyendo: Nombre: Ubicación: Teléfono:

Cirujano: \_\_\_\_\_

Oncólogo: \_\_\_\_\_

Enfermera de Oncología: \_\_\_\_\_

Oncólogo de Radiación: \_\_\_\_\_

Social Trabajador/Manejador de Caso: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que Sensación de Seguridad provee servicios gratuitos y todos los fondos otorgados serán hechas por en la sola discreción de Sensación de Seguridad. La información en esta aplicación es cierta. Yo libero a Sensación de Seguridad de cualquier responsabilidad que puede surgir de donaciones y/o servicios obtenidos. Yo autorizo que Sensación de Seguridad proporcione información, como mi nombre, dirección, y el tipo de asistencia que estoy recibiendo a otras agencias. También autorizo que Sensación de Seguridad obtenga la información y documentación médica necesaria para verificar los datos en esta aplicación, y estoy de acuerdo para firmar otras autorizaciones necesarias que puedan ser requeridas.

Firma del Apicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_