



SENTIDO DE
SEGURIDAD

Sentido de Seguridad

P.O. Box 6098 • Broomfield, CO 80021

303-669-3113 • 866-736-3113 • www.senseofsecurity.org

Buscamos dar un sentido de seguridad a la dificultad financiera y aumentar la calidad de vida de los pacientes que están en tratamiento de cáncer del seno.

Paz mental ... en momentos que usted más lo necesita

Descripción del Programa

El Sentido de Seguridad puede proveer ayuda financiera y comprensiva a los pacientes con cáncer del seno por la duración del tratamiento si el solicitante ha sido criterio médico y financiero. Un solicitante que ha sido aprobado podría recibir:

- Acceso a fondos pequeños para asistencia de emergencia o otros fondos--por una vez cuando una solicitud no se requerido
- Cuando la solicitud ha sido aprobada una persona puede recibir un máximo de mil \$1,000 al mes por un máximo de doce 12 meses para asistencia con gastos que no sean médicos tales como los siguientes:

Hipoteca o Renta Cuotas de seguro médico Alimentos Cuidado de niños Transporte Utilidades

Todas las decisiones financieras son hechos a discreción del Sentido de Seguridad. Cada solicitud se considera individualmente, pero **Sentido de Seguridad no garantiza la ayuda. El Sentido de Seguridad no financia gastos médicos.**

Criterio del Programa

Lugar de Residencia: El solicitante debe residir en el estado de Colorado.

Médico: El solicitante debe estar en tratamiento aprobado por el cáncer del seno. En este momento, ayudamos solo a pacientes con cáncer del seno. Los tratamientos aprobados son: después de dos meses de la cirugía que está por el cáncer del seno (mastectomía, tumorectomía, disección axilar o biopsia de nódulo Centinela) o actualmente recibiendo quimioterapia, terapia de radiación o terapia génica. Cirugía reconstructiva o complicaciones relacionadas y terapias hormonas no son tratamientos aprobados por este programa.

Financiero: *Ingreso*

Muestre todos los ingresos de mantenimiento total del hogar (THI) al tiempo de la aplicación se rellena. Se deben de reunir de acuerdo a estadísticas del condado de residencia. También debe de tener al menos uno de lo siguiente:

1. THI no reúne la suma de todas las obligaciones financieras por la duración del tratamiento.
2. THI es demasiado alto para ser aprobado para ayuda del gobierno pero aún así no reúne la suma de todas las obligaciones financieras por la duración del tratamiento.
3. El solicitante está recibiendo ayuda del gobierno estatal o federal, pero no reúne la suma de todas las obligaciones financieras por la duración del tratamiento.

Financiero: *Activos (Se deben satisfacer los siguientes criterios)*

1. Todos los activos que son en efectivo o líquidos (CDs, acciones, bonos, fondos monetarios, etc.) son menos que la suma de todas las obligaciones financieras por la duración del tratamiento.
2. El Solicitante no posee propiedad secundaria (i.e. bienes raíces) u otro bien líquido o propiedad personal. El Sentido de Seguridad no tomará en consideración liquidar la residencia del solicitante, vehículo, o artículos personales cuando hace una determinación de la elegibilidad. Activos líquidos serán considerados, particularmente si los activos pueden ser convertidos y usados para gastos.

Financiero: *Asistencia de Hipoteca*

Si el solicitante necesita asistencia con el pago de la hipoteca, el valor de la casa debe reunir el criterio por el condado de residencia. Si el solicitante quiere asistencia con la hipoteca, debe entregar una copia de Evaluación del Impuesto de la Propiedad de este año del condado donde reside. Si asistencia con el pago de la hipoteca se ha negado, Sentido de Seguridad puede proveer asistencia por otros gastos a solicitantes aprobados.

Recursos de la comunidad y del gobierno: El solicitante debe explorar y agotar todas las formas de asistencia financiera del gobierno y la comunidad antes de recibir ayuda del Sentido de Seguridad para que el solicitante tenga una aprobación razonable. El solicitante debe mostrar la prueba de la solicitud, aprobada o negada. Sentido de Seguridad puede ayudar al solicitante con el proceso; favor de leer el Paso 3 en "Las Direcciones del La Solicitud y La Lista de Verificación."

AVISO IMPORTANTE: Sentido de Seguridad puede verificar cualquier información sometida. Si usted proporciona información incorrecta o falsa en su aplicación, materiales adicionales o cualquier comunicación verbal con el personal de Sentido de Seguridad, nosotros nos reservamos el derecho de suspender inmediatamente cualquier ayuda financiera y todo financiamiento actual y futuro y recuperar tales cantidades. Esta es una traducción de la solicitud original del inglés al español. Nosotros no nos hacemos responsables de la mala interpretación que se le pueda dar a esta solicitud.



Lea cuidadosamente: Las direcciones de la solicitud y la lista de verificación

Todos los pasos deben ser completado y favor de marcar en las casillas cuidadosamente. Una solicitud incompleta y sin las verificaciones requeridas retrasará el proceso de su solicitud. Favor de llamar al Sentido de Seguridad si tiene preguntas o le gustaría asistencia para completar la solicitud.

REQUERIDO:
Verifique aquí cuando completado

PASOS 1 - 6 PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DEL SENTIDO DE SEGURIDAD

- Paso 1: Lea “Descripción del Programa” y “El Criterio” en las secciones anteriores de avanzar (primera pagina).**
- Paso 2: Lea “Las direcciones de la solicitud” (esta pagina).**

Paso 3: Explore otros recursos financieros.

El Sentido de Seguridad requiere que los solicitantes solicitan por asistencia de otros recursos financieros, pero solo cuando hay una oportunidad razonable para calificar por asistencia. Podemos ayudarlo a determinar cuales agencias o organizaciones y si alguien puede ofrecerle asistencia. Para completar el Paso 3, complete y marque cualquiera opción A o B, pero no las dos:

- A. Visite www.senseofsecurity.org, clic en “FAST™” y siga las direcciones. Ellas están en inglés. Después de contestar las preguntas, vea “El Perfil de Recursos Financieros.” Imprimalo y continúe las direcciones para contactar agencias y la someta con todos los materiales requeridos si es indicado en El Perfil y con su solicitud.
- B. Llame al Sentido de Seguridad al 303-669-3113 o llame gratuitamente al 866-736-3113. Una empleada le indicará el Paso 3A y le mandará “El Perfil de Recursos Financieros” en una paquete con la solicitud. Cuando recibe la paquete, siga las direcciones en El Perfil para llamar agencias y someta El Perfil--con todos los materiales requeridos en El Perfil--con su solicitud llena.

- Paso 4: Complete la solicitud del Sentido de Seguridad (paginas 1 - 4).**

Paso 5: Incluye los documentos requeridos mencionados abajo en A B y C.

- A. Prueba de la residencia - Someta una copia de su licencia para manejar del Estado de Colorado con la dirección postal que sea la misma de la solicitud. Si no tiene licencia o carta de identificación, puede mostrar un contrato de alquiler u obligación de pago de hipoteca; si las cuentas tienen el nombre de su esposo, debe incluir la licencia matrimonial.
- B. Verificación de Estado Médico - Someta una carta membretada y firma de su Oncólogo (una muestra de una carta apropiada se conecta a esta solicitud en inglés) que verifica su diagnóstico y plan de tratamiento. Verificaciones médicos no puedo hacer de nuestra oficina por el teléfono.
- C. “El Perfil de Recursos Financieros” - Someta una copia de “El Perfil de Recursos Financieros” que fue obtenida en el Paso 3. Siga las direcciones e incluye las copias de solicitudes, cartas del aprobación de asistencia financiera, o cartas de la negociación si están recomendando en El Perfil.

Paso 6: Verifique la siguiente información:

- Entiendo que El Sentido de Seguridad no paga gastos médicos de ninguna clase.
- Resido en el Estado de Colorado.
- Actualmente soy un paciente con cáncer del seno recuperándome de la mastectomía/tumorectomía/cirugía relacionada con cáncer o estoy en tratamiento de quimioterapia, terapia de radiación o terapia génica:
- He firmado en la parte de abajo de la página 4 de la solicitud mi consentimiento de dar información médica, doy permiso al Sentido de Seguridad de obtener la información que sea necesaria para procesar mi solicitud.

Envíe la solicitud y todos documentos requeridos a la oficina del Sentido de Seguridad. No se aceptan solicitudes enviadas por fax. Lo llamaremos de 5 a 10 días hábiles.



Información Biográfica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Condado: _____

Teléfono en casa: _____ Teléfono en el trabajo: _____ Celular: _____

¿Cuál es la mejor manera de contactarla? Casa Trabajo Celular ¿Mejor momento para contactarla? _____

Contacto secundario y número telefónico: _____

Dirección del contacto secundario, ciudad, estado, código postal :

Estado Civil: Soltera Casada Separada Divorciada Viuda Relación de Compromiso

Número de hijos: _____ Edades: _____ ¿Vive solo? _____ ¿Numeros de adultos en la casa? _____

Grupo étnico (optativo): Africo Americana Asiática Caucásico Hispano/Latino Nativo Americano Otro: _____

Idioma(s) hablado: Inglés Español Asiático: _____ Otros: _____

Ultimo año de estudio completado: _____

Por favor díganos sus razones para aplicar al Sentido de Seguridad:

¿Cómo se enteró acerca de Sentido de Seguridad?

Nombre de persona que lo haya referido: _____

Teléfono de esa persona: _____ Correo Electrónico: _____

¿Qué asistencia específica está usted buscando?

¿Cuánto tiempo usted prevee necesita la asistencia requerida de Sentido de Seguridad?

¿Hay algo más que a usted le gustaría decirnos acerca de usted misma y su situación?

YOUR ONCOLOGIST'S LETTERHEAD

Oncologist's Contact Information

DATE

Dear Sense of Security,

Patient Jane Smith (DOB 1/1/50) is a patient of Dr. Oncologist at Name of Oncology office. She is being treated for stage IIB infiltrating ductal carcinoma (your type of cancer should appear here) of the right/left breast, initially diagnosed on MONTH/DATE/YEAR.

She underwent a right/left SURGICAL PROCEDURE on MONTH/DATE/YEAR.

Chemotherapy will be administered (NAME OF DRUGS) every 3 weeks for 6 cycles (your protocol should appear here) starting on MONTH/DATE/YEAR and should be completed approximately MONTH/YEAR.

Radiation therapy will commence approximately ONE MONTH following Chemotherapy and will be administered DAILY over FIVE/SIX/SEVEN weeks (your protocol should appear here).

Herceptin will be given for DURATION starting MONTH/YEAR and ending approximately MONTH/YEAR.

Treatment dates are subject to change depending on the patient's response to and toleration of the treatment protocol listed. Should you require further verification of this information or to update the patient's protocol in the coming months, please contact:

NAME OF NURSE/MEDICAL ASSISTANT (Sense of Security cannot re-verify medical information from any other source than an oncology nurse or medical assistant)

DIRECT PHONE NUMBER

EMAIL ADDRESS (if preferred)

DAYS IN OFFICE (if part-time or in office on particular days of the week)

Signed,

<SIGNATURE HERE>

Dr. Medical Oncologist, MD