

Esta aplicación es para las tres organizaciones. Por favor mande una copia a cada organización a la cual está aplicando. Los requisitos para aplicar son diferentes entre las organizaciones. Confirme si es elegible usando la siguiente lista de requisitos: Una aplicación completa incluye:

- Las cinco páginas de la aplicación
- Las fechas de tratamiento (inicio y fin) y el tipo de tratamiento
- Una copia de las pruebas de los ingresos de su hogar (talones de cheques, etc.)
- Copias de las cuentas de gastos de alta prioridad (renta, agua, luz, etc.) en la página 4, la columna "orden de prioridad"
- Una copia de identificación del solicitante
- La firma del solicitante en página 5

Nota: Aplicaciones incompletas no serán revisadas hasta que la información este completa



RMCA es una organización sin fines de lucro con base en Colorado, que ofrece asistencia financiera para necesidades básicas a pacientes en tratamiento de cáncer en el estado de Colorado. La asistencia es para la renta, factura de servicios (calefacción, luz, agua), teléfono, pagos de auto, seguro médico o COBRA, y otros gastos básicos.

¿Usted es elegible para asistencia de RMCA?

- Si No Tengo 18 años de edad o más.
 Si No Tengo un diagnóstico de cáncer.
 Si No Estoy recibiendo tratamiento contra cáncer en Colorado (incluye cirugía, quimioterapia, radiación o tratamientos de hormonas)
 Si No La entrada de ingresos totales de mi hogar no supera las directrices abajo.
 Si No Estoy en una circunstancia desesperada económicamente

*Si usted contestó **SI** a cada pregunta, es elegible para aplicar para asistencia de RMCA.*

Directrices de ingresos	
# en el hogar	Entrada de dinero mensual
1	\$1,732
2	\$2,336
3	\$2,940
4	\$3,544
5	\$4,148
6	\$4,752
7	\$5,356
8	\$5,960

Agregar \$604 por cada persona adicional

Las aplicaciones se revisan mensualmente. Los profesionales serán notificados por correo electrónico cada fin de mes y el solicitante será notificado por correo.

Información de contacto de RMCA:

P.O. Box 6625, Denver, CO 80206
 Teléfono: 720.229.0303 Fax: 888.600.4452
 rmca@rockymountaincancerassistance.org



Sentido de Seguridad provee alivio a las dificultades financieras y mejora la calidad de vida de los pacientes en el tratamiento de cáncer. Proveemos asistencia para alojamiento, comida, factura de servicios, transportación, seguro, y otros gastos básicos de la vida diaria.

¿Usted es elegible para asistencia de SOS?

- Si No Tengo 18 años de edad o más.
 Si No Soy un residente de Colorado
 Si No Tengo un diagnóstico de CANCER DE SENO
 Si No Estoy recibiendo tratamiento contra cáncer en Colorado (incluye cirugía, quimioterapia, y radiación)
 Si No La entrada de ingresos totales de mi hogar no supera las directrices abajo.
 Si No Estoy en una circunstancia desesperada económicamente

*Si usted contestó **SI** a cada pregunta, es elegible para aplicar para asistencia de SOS.*

Directrices de ingresos	
# en el hogar	Entrada de dinero mensual
1	\$2,452
2	\$3,319
3	\$4,185
4	\$5,052
5	\$5,919
6	\$6,785
7	\$7,652
8	\$8,419

Agregar \$347 por cada persona adicional

Las aplicaciones se revisan mensualmente. Los profesionales serán notificados por correo electrónico cada fin de mes y el solicitante será notificado por correo. Existe una lista de espera de más que seis meses.

Información de contacto de SOS:

1355 S. Colorado Blvd., Suite AC302
 Denver, CO 80222
 Teléfono: 303.669.3113 Fax: 303.635.3113
 grants@senseofsecurity.org



RAY OF HOPE
 CANCER FOUNDATION

La misión de Rayo de Esperanza es generar la esperanza en reducir la lucha diaria financiera que los pacientes de cáncer experimentan cada día. La asistencia es un premio de \$500 (\$1,000 para pediatra) directamente al solicitante. No podemos garantizar asistencia a todos los solicitantes. Cada mes, tenemos que dar prioridad a las aplicaciones con las necesidades más urgentes.

¿Usted es elegible para asistencia de ROH?

- Si No Tengo 18 años de edad o más, o soy el padre/representante legal de un paciente menor de 18
 Si No Soy un residente de Colorado
 Si No Tengo un diagnóstico de cáncer
 Si No Estoy recibiendo tratamiento contra cáncer en Colorado (incluye cirugía, quimioterapia, radiación o tratamientos de hormonas)
 Si No Estoy en una circunstancia desesperada económicamente (mis gastos son más altos que mis ingresos)

*Si usted contestó **SI** a cada pregunta, es elegible a aplicar para asistencia de ROH.*

Las aplicaciones se entregan el último día de cada mes.

La comisión de premios revisa las aplicaciones el segundo lunes de cada mes, y los cheques serán enviados el tercer lunes de cada mes. Los profesionales serán notificados por correo electrónico, y los solicitantes serán notificados por correo.

Información de contacto de ROH:

Ray of Hope Cancer Foundation
 3455 Ringsby Court #111, Denver, 80216
 Teléfono: 720.300.2095 Fax: 303.499.9229
 grants@rayofhopecolorado.org

MEDICAL VERIFICATION FORM — TO BE COMPLETED BY REFERRING PROFESSIONAL

Answer each question completely. Print clearly and use dark ink.

Parent/Guardian name (if patient is under 18):	
Cancer diagnosis:	Stage (circle): N/A 0 I II III IV A B C
Describe current treatment:	Diagnosis Date:
Surgery <input type="checkbox"/> Type:	Date of Surgery: Name of physician:
Chemotherapy <input type="checkbox"/> Begin date:	Anticipated end date:
Chemotherapy Agent(s):	
Radiation <input type="checkbox"/> Begin date:	Anticipated end date:
Hormone <input type="checkbox"/> Begin date:	Anticipated end date:
Patient insurance status: None <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CICP <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Other: _____	
Has the patient applied to RMCA, Ray of Hope or Sense of Security before? YES NO	
If yes, which organization and when?	
Is patient currently able to work? YES NO	If no, what date will patient return to work?
Is patient disabled? YES NO	Date of disability:
What are patient's financial needs:	<input type="checkbox"/> Utilities <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Rent
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mortgage <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Transportation <input type="checkbox"/> Financial Assistance	
For the application to be eligible, we must have the following contact information	
Name of referring professional (health care professional completing form):	
Facility Name:	Address:
City:	State: ZIP:
Phone: ()	E-mail:
Do you have any reservations concerning this patient's request for financial assistance? YES NO	
Referring professional's summary regarding patient and their household's financial situation: (This is required, please include as attachment as needed)	
Must be signed by referring professional (case worker, patient navigator, social worker, nurse, physician)	
My signature below affirms the diagnosis and treatment information as described on this page.	
Signature:	Date:

DATOS PERSONALES – DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION

(o el padre(s)/guardián legal si el paciente es menor de 18 años)

Conteste completamente cada pregunta. Escriba claramente en letra imprenta y use tinta oscura.

Nombre del paciente o padre(s)/guardián legal (si paciente es menor de 18):						
Fecha de nacimiento del paciente:				Edad:		
Dirección:				Apt. #:		
Ciudad:		Estado:	Código postal:		Condado:	
Teléfono	Casa ()		Trabajo ()		Celular ()	
Correo electrónico:						
Contacto adicional:						
Información del contacto:						
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a						
Identificación de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Genero no confirmado <input type="checkbox"/> Otro						
<i>Estas preguntas son opcionales y sus repuestas son confidenciales. Esta información es usada solo como un reporte general y es anomia para ayudar a los defensores a un mejor entendimiento de las desigualdades de salud en grupos desatendidos.</i>						
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro						
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Afro-Americano o Negro <input type="checkbox"/> Asiático o Isleños del pacifico <input type="checkbox"/> Blanco – no Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Otro:						
Educación: <input type="checkbox"/> Escuela Primaria <input type="checkbox"/> Escuela Preparatoria <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Posgrado						
¿Cómo, cuando y donde es más fácil para contactarlo(a)?						
Idioma Preferido:						
Estado del trabajo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Trabajador/a independiente <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Deshabilitado/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Veterano/a						
¿Si esta empleado/a o deshabilitado/a, quien es/era su empleador?						
¿Cuánto tiempo ha trabajado para su empleador?						
¿Qué tipo de trabajo hace/hizo usted?						
¿Después de estar recuperado/a, puede usted regresar a trabajar para su empleador? SI NO						
¿Su esposo/a o pareja trabaja? SI NO			¿Tipo de trabajo?			
¿Cuál es el nombre del empleador de su esposo/a o pareja?						
Enliste los nombres de todas las personas que viven en su casa						
Nombre(s):		Relación:	Edad	Empleo (de adultos mayores de 18)		
				Tiempo completo	Medio tiempo	Deshabilitado/a
						Jubilado/a
						Desempleado/a
Comentarios adicionales: (Explique si está desempleado/a o en otra situación)						

INGRESOS Y ACTIVOS— DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION

Cuéntenos acerca de los ingresos de su hogar. Por favor reporte las ganancias completas (antes de impuestos u otras deducciones).
Ajunte copias de su prueba de ingresos familiar (talones de cheques, seguro social, pensión etc.)

Ingresos	Cantidad mensual	Fecha de inicio <i>(fecha en que usted comenzó a recibir estos ingresos)</i>	Fecha final <i>(fecha en la que terminó de recibir estos ingresos)</i>
1) Entrada de dinero mensual	\$		
2) Entrada de dinero mensual de su esposo/a	\$		
3) Entrada de dinero mensual de otros miembros de la familia	\$		
4) Pagos de discapacidades mensuales:			
a) Pago por enfermedad	\$		
b) Seguro de discapacidad de su empleador	\$		
c) Compensación del trabajador	\$		
d) Cualquier seguro de discapacidad personal	\$		
e) Subsidio de la Administración de Veteranos	\$		
f) Discapacidad de Seguro Social - SSI o SSDI <i>(escoja una)</i>	\$		
5) Subsidio de Jubilación del Seguro Social	\$		
6) Ingresos por jubilación o pensión, 401-K o IRA	\$		
7) Pensión para los niños	\$		
8) Pensión de esposo/a	\$		
9) Asistencia pública	\$		
10) Estampillas de comida	\$		
11) Otros ingresos <i>(desempleado o otro tipo de ingreso)</i> Describa:	\$		
12) Contribuciones económicas de familia y amigos	\$		
Total de los ingresos mensuales	\$		
Activos	Valor Actual	Préstamo Actual	
1) ¿Usted es dueño o está comprando una casa? Si No	\$	\$	
2) ¿Usted es dueño o está comprando un carro? Si No	\$	\$	
3) ¿Usted es dueño o está comprando otro carro? Si No	\$	\$	
4) Balance de la cuenta de cheques: \$ _____ Nombre del banco: _____			
5) Balance de la cuenta de ahorros: \$ _____ Nombre del banco: _____			
Por favor escoja su respuesta sí o no. Si su respuesta es afirmativa, incluya valor actual, el préstamo y el ingreso	Valor Actual	Préstamo Actual	Ingresos
6) ¿Usted es dueño de una negocio o alguna parte de un negocio?*	\$	\$	\$
7) ¿Usted tiene alguna inversión, acciones o bonos?*	\$	\$	\$
8) ¿Usted tiene alguna propiedad que alquila?*	\$	\$	\$
9) ¿Usted es dueño de alguna otra propiedad de bienes raíces?*	\$	\$	\$
10) ¿Usted tiene alguna inversión que le paga intereses anuales?*	\$	\$	\$
11) ¿Usted posee un seguro de vida con un "valor efectivo"?*	\$	\$	\$
12) ¿Usted tiene otros activos adicionales?*	\$	\$	\$

***Nota: Si contesto "sí" a la pregunta #6, por favor incluya una copia del balance actual de su empresa. Si contesto "sí" a preguntas #6-12 por favor incluya una copia corriente de su declaración de los impuestos.**

GASTOS — DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION

Priorice sus gastos en la columna “orden de prioridad”, #1 para el gasto más importante.

Por favor enliste todos sus gastos de hogar en esta página para que tengamos una idea de su situación financiera. **La información completa y exacta nos ayudará a ayudarle.**

Gastos mensuales				
Gasto	Cantidad de pago	¿Con que frecuencia?	Balance total	Orden de prioridad
Renta o Hipoteca →Pago dirigido a: _____	\$			
2) Pagos de HOA (asociación de dueño)	\$			
3) Utilidades (electricidad, gas, agua, servicio de basura)	\$			
4) Gasto mensual de comida*: \$200/m x # en la casa =	\$			
5) Cuidado de los niños/Pensión de niños	\$			
6) Cuidado de animal domestico	\$			
7) Matricula	\$			
8) Teléfono (residencial/celular)	\$			
9) Pago de carro	\$			
10) Pago de carro de su esposo/a o pareja	\$			
11) Transporte (pasaje de bus/taxi u otro)	\$			
12) Gasolina	\$			
13) Seguro:				
a) Salud	\$			
b) Carro	\$			
c) Casa/alquileres (si no está incluido en la hipoteca)	\$			
d) Seguro de vida para usted	\$			
e) Seguro de vida para su familia	\$			
14) Otras cuentas o pagos que no son médicos*	\$			
15) Impuestos a la propiedad (si no está incluido en la hipoteca)	\$			
16) Reembolsos de prestamos	\$			
17) Pagos de tarjeta de crédito	\$			
18) Impuestos y otras deducciones*	\$			
19) Gastos de recetas medicas después del pago de seguro	\$			
20) Otros gastos médicos después del pago de seguro*	\$			
Total de gastos mensuales	\$			
*Por favor describa otros gastos adicionales aquí:				

Additional Resources for Assistance



RMCA is a Colorado-based nonprofit organization that provides financial assistance for the basic living needs of cancer patients receiving treatment in Colorado. Assistance is for rent or mortgage, utilities (heat, lights, water), telephone, car payments, health insurance or COBRA, and other basic household expenses.

www.rockymountaincancerassistance.org **720-229-0303**

You or a loved one may qualify for a Ray of Hope grant if you are in active cancer treatment, live in Colorado, and are experiencing significant financial hardship. Ray of Hope funds can be used at the grantee's discretion.

www.rayofhopecolorado.org **720-300-2095**



RAY OF HOPE
CANCER FOUNDATION



Providing relief from financial hardship and enhancing the quality of life for breast cancer patients in treatment. We provide assistance for rent/mortgage, food, utilities, telephone, car payments, childcare, health insurance or COBRA, and other basic household expenses. www.senseofsecurity.org **303-669-3113**

Delivering nutritious meals to improve quality of life, at no cost, for those coping with life-threatening illness in the Denver Metro area and Colorado Springs. Qualified breast cancer patients will be prioritized for service, thanks to support from Komen Colorado.



UNIVERSITY of
DENVER

CENTER FOR ONCOLOGY
PSYCHOLOGY EXCELLENCE

COPE is the first graduate-level psychology program in the country to train psychologists to work with cancer patients and survivors. It partners with community cancer centers and offers psychotherapy services to cancer patients, survivors, caregivers, and family members.

For more information call **303-871-7701** or visit www.du.edu/gsp/cope
Local cancer support groups listing at : www.du.edu/gsp/services/cope

Free financial counseling through the Financial Empowerment Centers, operated by local nonprofit *mpowered* and the Denver Office of Strategic Partnerships. Get free help prioritizing what bills to pay, make a budget, deal with collectors, and more. Call **720-944-2198** or email info@mpoweredcolorado.org to schedule your free appointment. For more information about the Centers, visit: www.mpoweredcolorado.org/DenverFEC.



Free counseling and support groups (phone or online).
Financial and co-payment assistance. Education.
www.cancer.org **800-813-HOPE (4673)**



Help understanding your cancer diagnosis and treatment process, providing information and identifying resources/referrals you need.
www.cancer.org **800-227-2345**

Do you need food assistance?

Food Bank of the Rockies (Northern half of Colorado, including Metro Denver)

303-371-9250

www.Foodbankrockies.org

Care and Share (Southern half of Colorado)

719-528-1247

www.Careandshare.org

Community Food Share (Boulder and Broomfield counties)

303-652-3663

www.Communityfoodshare.org

Food Bank for Larimer County

970-493-4477

www.Foodbanklarimer.org

Weld Food Bank (Weld County)

970-356-2199

www.Weldfoodbank.org

Each website has a “food finder” link to locate pantries in their area. Or just call and let them know you need food assistance. Callers do not have to provide any personal information (i.e. medical condition); you simply need to state that you are in need of food assistance.

Most often, they can provide a couple of options and explain other available food options and how to get them:

- how to apply for SNAP benefits (food stamps)
- how to determine eligibility and receive CSFP boxes (seniors only)
- how to sign kids up for free/reduced breakfast and/or lunch, etc.