



Cures for the Colors

Programa de ayuda de Southeastern Cancer Care

Somos una organización sin fines de lucro que ayuda a los pacientes con cáncer en el este de Carolina del Norte con los elementos básicos de la vida mientras reciben tratamiento.

Calificaciones del programa

- Estar en tratamiento activo para el cáncer, incluyendo radiación, quimioterapia o dentro de 3 meses posteriores a una cirugía relacionada con la oncología.
- Viver en Carolina del Norte al este de la Interestatal 95 o en un condado que tenga la I-95 dentro de sus límites.
- Cumplir con los requisitos de ingresos. Nuestro programa utiliza las Pautas Federales de Pobreza. Los bienes no se utilizan para determinar el nivel de asistencia recibida.

Partes de la aplicación

1. Solicitud completada
2. Comprobante de ingresos. Presente el W-2, 3 meses de talones de pago consecutivos, copia de un estado de cuenta bancario reciente, copia de los ingresos del seguro social o declaración de impuestos.
3. Formulario de Verificación de Tratamiento firmado por su proveedor de oncología.

Cómo podemos ayudarte

Podemos ayudar con tarjetas de gasolina, tarjetas de comida, facturas de servicios públicos y medicamentos recetados por oncología.

Envíe todas las partes de la solicitud a Emma Barnes por correo electrónico a cfc@cancersmoc.com, envíelas por fax al 919-429-4316 o envíelas por correo a Emma Barnes 203 Cox Blvd Goldsboro, NC 27534.

Espere 72 horas para que se procese su solicitud. No somos un fondo de emergencia y no podemos proporcionar asistencia inmediata. Recuerde que debe estar activamente en tratamiento para calificar para el programa. Si actualmente está en tratamiento, envíe su solicitud lo antes posible para asegurarse de que cumple con todos los requisitos. Si ha sido acusado de un delito grave o menor que no sea una infracción de tráfico menor en los últimos 10 años, no será elegible para recibir asistencia. Si no pasa una prueba de drogas mientras está inscrito en el programa, su asistencia se cancela de inmediato y no será elegible para volver a presentar una solicitud.

¿Preguntas? Llame al 919-587-9056 o visite www.southeasterncancercare.org.

Solicitud de Subvencion de Southeastern Cancer Care



Nombre (PrimerNombre, Segundo Nombre, Apellido) _____

Dirección de la calle _____

Ciudad _____ Código postal _____

Correo electrónico _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono _____ Estado civil _____

Número de dependientes _____ Diagnóstico del cáncer _____

Plan de tratamiento _____

Médico Oncológico _____ Práctica Oncológica _____

Ingreso Bruto Mensual

	Sus ingresos mensuales	Ingreso mensual del cónyuge
Sueldo		
Seguro social		
Ingresos de Seguridad Suplementario		
Discapacidad		
Pensión o VA		
Desempleo		

Ingreso Anual Total _____

Southeastern Cancer Care

Acuerdo de subvención

Initial

Entiendo que debo cumplir con todas las pautas de elegibilidad, incluyendo tratamiento activo según lo definido por la quimioterapia, la radiación o durante los 3 meses posteriores a una cirugía relacionada con la oncología.

Initial

Entiendo que esta subvención es por el término de seis meses y es por la cantidad de \$1,000, \$500 o \$250 dependiendo de mi nivel de ingresos.

Initial

Entiendo que esta subvención durará hasta seis meses o hasta que se agoten los fondos, lo que ocurra primero.

Initial

Entiendo que si agoto los fondos de mi subvención antes de que finalice el plazo de seis meses, no seré elegible para ninguna financiera adicional hasta que sea elegible para volver a solicitar la subvención.

Initial

Entiendo que tendré que volver a solicitar esta ayuda cada 6 meses.

Initial

Entiendo que si solicito ayuda con mis facturas de servicios públicos, debo enviarlas al personal al menos 10 días hábiles antes de la fecha de vencimiento.

Initial

Entiendo que si elijo ayuda con la gasolina y los comestibles, solo se me permite una tarjeta de regalo cada semana, a menos que elija la opción de dos tarjetas cada dos semanas.

Initial

Entiendo que si estoy recibiendo tratamiento en otro lugar que no sea Southeastern Medical Oncology Center y vivo fuera de un radio de 20 millas de una ubicación de Southeastern Medical Oncology Center, puedo solicitar que me envíen por correo una tarjeta de gasolina y comestibles cada dos semanas. Asumo todos los riesgos de que las tarjetas se envíen por correo y entiendo que las tarjetas perdidas en el correo no serán reemplazadas y seguirán contando contra el monto de mi subvención. Entiendo que es mi responsabilidad solicitar que me envíen las tarjetas por correo cada dos semanas. Entiendo que si estoy recibiendo tratamiento en Southeastern Medical Oncology Center, no soy elegible para que me envíen tarjetas por correo.

Southeastern Cancer Care Póliza de Drogas

Si ha sido acusado de un delito grave o menor que no sea una infracción de tráfico menor en los últimos 10 años, no será elegible para recibir asistencia. Si no pasa una prueba de drogas mientras está inscrito en el programa, su asistencia se cancela inmediatamente y no será elegible para volver a presentar una solicitud.

Reconozco que he leído y entiendo esta póliza.

Firma

Fecha

Personas autorizadas

Enumere a continuación a las personas que tienen permiso para hablar con nosotros en su nombre.

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono _____

Con mi firma a continuación, doy fe de que la información proporcionada en este documento es completa y precisa. Entiendo que es posible que deba proporcionar información y documentación adicional cuando se me solicite con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir asistencia a través de Southeastern Cancer Care. Acepto informar a Southeastern Cancer Care sobre cualquier cambio de afección o circunstancia que pueda afectar mi elegibilidad. Cualquier información falsa o fraudulenta proporcionada o mi denegación a cooperar con el proceso de elegibilidad puede ser motivo para la denegación de asistencia o la cancelación del programa. También entiendo que la información anterior puede ser proporcionada a otros programas de asistencia al paciente de terceros en mi nombre.

Firma _____ Fecha _____

Solo para uso interno

Submission Date _____ Type of Cancer _____

Approval Status _____ Treatment _____

Grant Amount _____ Referring Provider _____

Effective Date _____ Notes _____

Expiration Date _____

Signature of Southeastern Cancer Care Representative _____