



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, Declaración de impuestos reciente, 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

Gasolina, alimentos, seguro de auto, medicamentos recetados por oncología, renta/hipoteca, facturas de energía/eléctrico, facturas de agua/alcantarillado, y facturas de gas natural/propano.

Envíe todas las partes de la solicitud a Emma Barnes por correo electrónico a emma@southeasterncancercare.org, 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. También entiendo que todas las facturas deben pagarse a una empresa legítima, a un titular de hipoteca o a una autoridad de vivienda. SCC no pagará el dinero adeudado a amigos, familiares, etc. Si el personal de SCC no puede verificar el negocio que figura en la factura, entonces NO se pagará la factura.

Initial

Entiendo que si elijo asistencia con gasolina y comestibles, solo se me permitirán dos tarjetas de regalo cada semana. Si agoto mi subvención, no puedo obtener más tarjetas hasta que llegue el momento de presentar la solicitud nuevamente.

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 semana. 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
--------	----------	--------------------

Asistencia deseada

Responda las preguntas a continuación sobre la asistencia que le interesa para ayudarnos a brindarle un mejor servicio. Sus respuestas no afectarán la aprobación de su subvención de ninguna manera.

Necesito ayuda con: (marque todo lo que corresponda)

- Ayuda con la gasolina
- Medicación
- Ayuda con los comestibles
- Asistencia para el alquiler y la hipoteca
- Pago de facturas

¿Tiene facturas vencidas actualmente? Yes No

¿Está en peligro de ser desalojado? Yes No

¿Corre el peligro de que la electricidad/agua/calor estén apagados? Yes No

¿Tiene transporte confiable hacia y desde sus citas médicas? Yes No

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 _____

**Southeastern Cancer Care
Grant Application
Treatment Verification Form**



To Be Completed by a Treating Physician

*** This information is necessary to complete the patient's application ***

Patient Name: _____ Patient DOB: _____

Physician Name _____ NPI Number _____

Facility/Practice Name _____ Telephone _____

City _____ Fax _____

Office Contact Name and Number _____

Patient's primary cancer diagnosis _____

Date of diagnosis _____

Treatment plan (please include names of chemotherapy medication)

Treatment start date _____ Treatment length _____

Treatment Is (circle all that apply):

Started Paused Discontinued Scheduled

I attest that I have confirmed the patient's diagnosis and that all information supplied is complete, accurate, and supported in the patient's medical records. I understand this information is for the sole use of Southeastern Cancer Care's Grant Program, its representatives, and/or agents assigned to assess the patient's eligibility for participation in the Program. I understand that application to the Southeastern Cancer Care Grant Program does not guarantee financial assistance.

Physician Signature _____ Date _____

Please fax the completed form to 919-429-4316 or email it to cfc@cancersmoc.com

If you have any additional questions, please contact Southeastern Cancer Care
at 919-587-9056.