

Fondos de Kohl's del Sureste de Wisconsin Asistencia Para la Salud del Seno

Solicitud Para Asistencia CONFIDENCIAL

Para ser considerada para recibir asistencia de los Fondos Kohl's del Sureste de Wisconsin-Asistencia Para la Salud del Seno (FKSWAPSS), por favor asegúrese de llenar completamente todas las secciones y no se olvide de firmar toda sección que requiera su firma. Por favor envíe su solicitud por correo o por fax a:

Janet Johnson
Wisconsin Women's Health Foundation
2503 Todd Drive
Madison, WI 53713
877.910.PINK (7465)
No. de fax: 608-251-4136
Correo Electrónico: wwhf@wwhf.org

Información Personal

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Cd./Est./Cdg.Post.: _____

Numero de Teléfono: Casa () _____ Trabajo () _____

Celular () _____ Correo Electrónico: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Mujer Hombre Persona Intersexual

Identidad de Género (Marque las que correspondan): Transgénero Persona Indígena Dos Espíritus
 Mujer Hombre Otra: _____

Raza o Grupo Étnico: Blanca Afro-Americano Latino Asiático Indígena- Norteamericano
 Otro _____

Información del Seguro Médico

Tipo de Seguro:

- Sin Seguro
- Medicare
- Wisconsin Well Woman Program
- Seguro Médico Privado
- Medicaid (Por favor escriba que tipo): _____
- BadgerCare Plus / Basico
- Well Woman Medicaid
- Family Planning Waiver (Programa de Asistencia Para la Planificación Familiar)
- Otro (Por favor especifique): _____

Información Financiera

Numero de personas en su unidad familiar de su hogar: _____

Cuales son sus ingresos anuales en bruto: \$ _____

(Ingreso bruto anual para el grupo familiar (antes de pagar impuestos); excepto en el caso de familias trabajadoras del campo y personas que trabajan por si mismas, para las que se usa el ingreso neto tributable.)

Esta solicitud requiere verificación de ingresos. Por favor incluya uno de los siguientes:

- Talón de Cheque (los dos mas recientes)
- Documentación de Impuestos (Formulario W2 o copia del más reciente formulario de impuestos)
- Carta de concesión de discapacidad (SSI, etc.)
- Carta del empleador verificando el ingreso
- Declaración de desempleo

Si usted no tiene ingresos actualmente, por favor proporciónenos una declaración por escrito de cómo usted y/o su familia se mantiene en la actualidad. Si necesita espacio adicional use el reverso de esta hoja.

Evaluación de la Necesidad

Nosotros no tenemos forma de conocerla/o mas que a través de esta solicitud. Por favor use estos renglones para contarnos “su historia” para que nosotros podamos entender mejor su necesidad por nuestra ayuda. Use el reverso de esta hoja si requiere mas espacio.

Información Médica

- Marque aquí si esta solicitando fondos para un examen de mama anual
- Marque aquí si estas solicitando fondos para cubrir costos adquiridos a causa de una diagnosis de cáncer. Fecha de su diagnosis: _____

Información Sobre Su Proveedor Médico

Nombre de su Médico: _____ Hospital/Clínica: _____

Domicilio: _____ Cd./Est./Cdg. Post.: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Autorización para la Publicidad

Esta dispuesta a compartir su historia con el comité de relaciones publicas del programa de Komen? Esto puede significar publicar su historia en materiales impresos o en televisión.

- Si, ustedes tienen mi autorización de usar mí:
 - Foto
 - Historia
 - Mi Primer Nombre
 - Mi Nombre Completo

Firma del Solicitante

Fecha

- No, yo prefiero que Komen no use mi información personal en sus materiales de publicidad, y deseo permanecer anónima. Yo estoy consciente que esta decisión no me excluye de recibir la asistencia.

Solicitud para Reembolso

Los servicios cubiertos por estos fondos deben ser específicamente parte de algún examen de cáncer de mama, exámenes diagnósticos, o liquidación de deudas adquiridas a causa de algún tratamiento de cáncer. Estos servicios deben de haber sido adquiridos entre las fechas de 4/1/2010 y 3/31/2012. Todo reembolso o pago se hará directamente al proveedor de los servicios.

- Estoy pidiendo servicios de exámenes anuales para la salud del seno.
 - Mamograma
 - Examen Clínico de Mama Palpable
 - Servicios Diagnósticos
 - Repetición de Mamograma
- Se me ha diagnosticado con cáncer de mama y estoy pidiendo asistencia financiera para los costos relacionados con el tratamiento para el cáncer.

Autorización y Entrega de Expediente Medico

La ley federal protege la privacidad y la confidencia del expediente medico de un individuo. Para que los Fondos Kohl's del Sureste de Wisconsin-Asistencia Para la Salud del Seno (FKSWAPSS) pueda tener acceso a su expediente médico (que es parte del proceso de la asistencia financiera), el formulario "Autorización y Entrega de Expediente Medico" debe ser firmado y entregado a sus proveedores de servicios médicos. Por favor conozca sus derechos con respecto a esta "Autorización y Entrega de Expediente Médico":

- Usted se puede negar a firmar el documento "Autorización y Entrega de Expediente Medico", aunque al negarse usted ya no califica para recibir asistencia financiera de estos fondos.
- Usted puede anular esta autorización con un simple escrito de cancelación, el cual entrega a sus proveedores de servicios médicos.
- La anulación entrará en efecto inmediatamente en el momento que su proveedor de servicios médicos reciba la anulación.
- Usted tiene el derecho de pedir por escrito una copia de la "Autorización y Entrega de Expediente Medico".
- Usted puede inspeccionar u obtener copias de toda la información que los Fondos Kohl's del Sureste de Wisconsin-Asistencia Para la Salud del Seno recibe a través de tal documento de autorización.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Cd./Est./Cdg. Post.: _____

Teléfono: _____ Número de Seguro: _____

Yo, con la presente autorizo a: _____

(Nombre del Proveedor de Servicios Médicos)

Que entregue toda mi información médica e información de cuentas relacionadas con mi tratamiento para el cáncer a Kohl's Southeast Wisconsin Breast Health Assistance Fund, 2503 Todd Drive, Madison, WI 53713.

Yo doy mi autorización específicamente a su organización de tener en su posesión la entrega de toda mi información con relación a mi cuidado de salud y la información de cuentas.

La intención de esta petición es para ayudar a los Fondos Kohl's del Sureste de Wisconsin-Asistencia Para la Salud del Seno a determinar mi elegibilidad para asistencia financiera.

Esta "Autorización y Entrega de Expediente Médico" se vence 12 meses después de la fecha de su firma al menos que sea anulada antes de su vencimiento.

La Fundación Wisconsin Women's Health no diseminará o entregará su expediente médico a ninguna fuente exterior sin primero obtener su consentimiento expresado.

Firma del Solicitante

Fecha

Entrega y Autorización de Solicitud

Por favor lea lo siguiente y firme abajo.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que ningún representante de los Fondos Kohl's del Sureste de Wisconsin-Asistencia Para la Salud del Seno o por la agencia Susan G. Komen for the Cure Southeast Wisconsin Afiliate me ha hecho promesas o me han dado la seguridad de ningún tipo en cuanto a la ayuda que estoy pidiendo.

Yo entiendo y autorizo a todos mis doctores, clínicas y hospitales de otorgar y compartir documentos con relación al tratamiento y cuidado del cáncer de mama con los Fondos Kohl's del Sureste de Wisconsin-Asistencia Para la Salud del Seno a según sea necesario. los Fondos Kohl's del Sureste de Wisconsin-Asistencia Para la Salud del Seno esta de acuerdo que toda la información médica permanecerá privada y en confidencia, y cuales sean los reportes escritos sobre el programa no usaran los nombres de los participantes sin su consentimiento expresado.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que el recibir la asistencia puede resultar en publicidad aun cuando los Fondos Kohl's del Sureste de Wisconsin-Asistencia Para la Salud del Seno tome o no pasos para publicar sus servicios.

Yo entiendo y reconozco que cualquier servicio brindado y la participación en la asistencia de cualquiera persona depende de la aprobación de los Fondos Kohl's del Sureste de Wisconsin-Asistencia Para la Salud del Seno.

También entiendo que hay un límite en cuanto al número de servicios que recibiré, esto depende del tipo y costo de los servicios para los que estoy pidiendo ayuda y lo que se me está ofreciendo.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma de la persona que atestigua

Fecha



ATESTACIÓN DE RENUNCIA A REEMBOLSO Y CONDONACIÓN DE RECLAMACIONES

Yo, la que suscribo, tomando en cuenta mi deseo de obtener fondos para una exploración de la salud mamaria, prestaciones de diagnóstico y otros gastos cubiertos, ya sean directos o indirectos, relativos a este asunto (en conjunto, los “gastos cubiertos”), según lo determine la Fundación Wisconsin Women’s Health Foundation, Inc., una corporación sin ánimo de lucro del estado de Wisconsin (“WWHF”), a su solo arbitrio, de parte del Fondo Kohl de asistencia para la salud mamaria del sureste de Wisconsin (“Kohl’s Southeast Wisconsin Breast Health Assistance Fund”) (el “Fondo”), reconozco expresamente: (i) que la única función de la WWHF es de gestionar pagos y llevar a cabo otros trámites administrativos en cuanto al Fondo, (ii) que el fondo pagará hasta un máximo, y nunca más de **\$5,000 (el “importe máximo”)**, hacia los gastos cubiertos; y (iii) que cualesquiera gastos que (a) no son gastos cubiertos, o (b) que son mayores al importe máximo, me serán exigibles y estarán a mi cargo exclusivo (y para obviar cualquier duda, la WWHF no se verá obligada a pagar por ningún gasto salvo los gastos cubiertos ni a pagar por un gasto mayor al importe máximo). Entiendo que tengo el pleno derecho de discutir con mi profesional o profesionales médicos toda la gama de opciones que existe en cuanto a mi atención médica, y que nada de lo que está en este acuerdo me impide o prohíbe hacerlo. También reconozco que algunas opciones no son 'gastos cubiertos' bajo este programa.

Estoy de acuerdo por la presente en mi nombre y en el de mi esposo, mis herederos/as, cesionarios/as, personas emparentadas y entidades conexas, a eximir, renunciar, absolver, y descargar así como indemnizar a la WWHF, y a sus administradores, oficiales, empleados, agentes, aseguradores, personas y entidades conexas (en conjunto, las “partes liberadas”), de y en contra de cualesquiera derechos, reclamaciones, exigencias, causas, obligaciones, demandas, gravámenes, daños y perjuicios o responsabilidades de cualquier clase o naturaleza, ya sean conocidas o desconocidas, sospechadas o pretendidas, que yo pueda tener ahora o en el futuro contra las partes liberadas que surjan de, o con base en, o relacionadas o conectadas a: (a) la WWHF, (b) el Fondo, (c) el pago o no de gastos cubiertos, o (d) la entrega o no, de cualesquiera prestaciones de atención a la salud por proveedores de atención médica (incluyendo, pero no como limitación, cualesquier asunto sobre la salud que sea descubierto, diagnosticado, que surja de, o esté relacionado a las prestaciones realizadas por proveedores de atención médica conforme a esta atestación de renuncia a reembolso y condonación de reclamaciones (la “atestación”).

También acuerdo indemnizar y librar de responsabilidad a las partes liberadas por el pago de cualesquiera sentencias, convenios, costos, desembolsos y honorarios de abogado en materia de la defensa o investigación por las partes liberadas de una reclamación, acción o procedimiento de cualesquiera naturaleza, que surja del pago o no de gastos cubiertos o de la entrega o no, de cualesquiera prestaciones de atención a la salud por proveedores de atención médica conforme a esta atestación.

NI LA WWHF NI EL FONDO EN NINGÚN CASO LE SERÁN RESPONSABLES A USTED POR DAÑOS Y PERJUICIOS INDIRECTOS, FORTUITOS, PUNITIVOS, CONSECUENTES, ESPECIALES O EJEMPLARES DE CUALESQUIERA CLASE O NATURALEZA QUE SEA. EN NINGÚN CASO LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA GLOBAL DE LA WWHF O DEL FONDO SOBREPASARÁ EL IMPORTE MÁXIMO. MEDIANTE ESTE DOCUMENTO USTED RENUNCIA A SU DERECHO A PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN CONTRA LA WWHF O EL FONDO QUE SURJA EN FORMA ALGUNA, O QUE SE RELACIONE EN FORMA ALGUNA A ESTA ATESTACIÓN O AL SUMINISTRO O NO DE CUALESQUIERA PRESTACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

Este documento se suscribe y se ejecuta, y se rige por las leyes del estado de Wisconsin. Me someto expresamente a la jurisdicción de los tribunales de Wisconsin en materia de cualquier litigio que surja de esta atestación.

HE LEÍDO ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE Y ENTIENDO PERFECTAMENTE SUS TÉRMINOS Y SUS CONDICIONES.

Firma del Solicitante Fecha

Escriba su nombre

Firma de la persona que atestigua Fecha

**Envíe por correo o facsímil a:
Wisconsin Women's Health Foundation
Atención: Janet Johnson
2503 Todd Drive
Madison, WI 53713
Fax: (608) 251-4136**