BOSOM BUDDIES

**Breast Cancer Support Group of Southwestern Colorado, Inc.**

Aplicación para apoyo financiero de Breast Cancer Support Group of Southwestern Colorado, Inc.   
(Grupo de Apoyo para el Cáncer del Seno del Suroeste de Colorado, Inc.)

Este servicio está disponible para los residentes de los condados de Montrose, San Miguel y Ouray

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enviar a:

Bosom Buddies c/o Denise Weaver, P.O. Box 906, Telluride, CO 81435 (enviar por correo electrónico a denise@smartbynature.com)

Preguntas: Llamar a Denise Weaver al 970-209-2118 o a Jenny Sullivan al 970-728-4104.

INFORMACIÓN FINANCIERA

En mi hogar viven \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adultos y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ niños.

Mi ingreso familiar fue $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el año calendario más reciente.

Calculo que mi ingreso familiar en este año calendario será $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Estoy adjuntando los siguientes documentos financieros:

( ) Copia de mi declaración de impuestos más reciente.

( ) Verificación de mi empleador de mis ingresos de este año.

( ) Otro

INFORMACIÓN MÉDICA

Estoy solicitando asistencia financiera para:

( ) Mamografía o MRI del pecho

( ) Servicios de ultrasonido o biopsias

( ) Servicios radiológicos

( ) Prótesis (máximo de $200.00)

( ) Otros tratamientos diagnósticos o servicios de apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cualquier tratamiento posterior a una biopsia prescrita está sujeto a aprobación.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

( ) Tengo seguro médico con la compañía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

# Los gastos que son cubiertos por mi seguro son: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

( ) No tengo cobertura de seguro médico.

( ) No tengo cobertura de Medicare/Medicaid.

( ) Este es un tratamiento de seguimiento (mi aplicación está en mi expediente).

**Al firmar esta aplicación estoy autorizando a Bosom Buddies a acceder mis expedientes médicos de los tratamientos para los que estoy solicitando asistencia.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del solicitante Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (requerida)

(Escoja una opción) Enviado por el solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o por el proveedor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.