

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 491, Norwood, CO 81423 (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 _____.