



Applying to Ray of Hope for Financial Assistance

Ray of Hope ofrece dos tipos de ayudas financieras; una ayuda es para necesidades esenciales y la otra ayuda es para hogares de bajos ingresos. Los criterios de elegibilidad para estas dos ayudas financieras son diferentes. Porfavor consulte con los requisitos de abajo para ver si es elegible para recibir una o ambas de nuestras ayudas financieras.

Ayuda para necesidades esenciales

La asistencia es una ayuda de \$500 (\$100 para niños con cáncer) directamente al solicitante. Ya que cada mes recibimos más solicitudes de las que podemos fundar, NO podemos garantizar asistencia a todos.

¿Requisitos para solicitar?

- Tiene por lo menos 18 años de edad o es el padre o guardián de un menor de 18 años.
- Es un residente del estado de Colorado
- Tiene un diagnóstico de cáncer
- Está recibiendo tratamiento contra el cáncer en Colorado (Esto puede incluir quimioterapia, radiación, tratamientos de hormonas o cirugías).
- Se encuentra en una circunstancia económicamente desesperada (Tiene más gastos que ingreso).

Si usted contesto SI a cada pregunta, cumple con los requisitos necesarias para solicitar asistencia financiera a ROH.

Ayuda para hogares de bajos ingresos

Este tipo de ayuda es para pacientes con cáncer que califican como una familia de bajos ingresos, ganando 175% o menos del Nivel Federal de Pobreza. La asistencia es para gastos tales como alquiler o hipoteca, servicios públicos, teléfono, pago de automóvil, seguro médico y otros gastos básicos. Si recibe esta asistencia, el cheque se hará a su nombre.

¿Requisitos para solicitar?

- Los mismos requisitos que la Subvención sin restricciones • Tiene por lo menos 18 años de edad
- Es un residente del estado de Colorado
- Tiene un diagnóstico de cáncer
- Está recibiendo tratamiento contra el cáncer en Colorado (Esto puede incluir quimioterapia, radiación, tratamientos de hormonas o cirugías).
- Se encuentra en una circunstancia económicamente desesperada (Tiene más gastos que ingreso).
- El único requisito adicional es que el ingreso bruto de su hogar no excede las pautas de ingreso a continuación

Income Guidelines	
# in Household	Gross Monthly Income
1	\$1,732
2	\$2,336
3	\$2,940
4	\$3,544
5	\$4,148
6	\$4,752
<i>Add \$604 for each additional person</i>	

Si usted contesto SI a cada pregunta, cumple con los requisitos necesarias para solicitar asistencia financiera con restricciones.

Contact Information:

1385 S. Colorado Blvd, Suite 108
Denver, CO 80222
grants@rayofhopecolorado.org
Phone: 303.835.2568
Fax: 303-499-9229

NOMBRE del PACIENTE: _____

DATOS PERSONALES – DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION

(o el padre(s)/guardián legal si el paciente es menor de 18 años)

Conteste completamente cada pregunta. Escriba claramente en letra impresa y use tinta oscura.

Nombre del paciente o padre(s)/guardián legal (si paciente es menor de 18):			Fecha de nacimiento del paciente:		
Dirección:			Apt #:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:		
Teléfono:					
Correo electrónico:					
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a					
Identificación de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Género no confirmado <input type="checkbox"/> Otro					
Idioma Preferido:					
<i>Estas preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Esta información es para ayudar a comprender mejor y abordar las disparidades de salud en los grupos desatendidos.</i>					
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro					
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Afro-Americano o Negro <input type="checkbox"/> Asiático o Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco – no Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Otro: Educación: <input type="checkbox"/> Escuela Primaria <input type="checkbox"/> Escuela Preparatoria <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Posgrado					

Nombres de todas las personas que viven en su casa

Nombre(s):	Relación:	Edad	Empleo (de adultos mayores de 18)				
			Tiempo Completo	Medio Tiempo	Deshabilitado/a	Jubilado/a	Desempleado/a

Comentarios adicionales: (Explique si está desempleado/a o en otra situación)

NOMBRE del PACIENTE: _____

Ingresos— DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION

	Cantidad mensual	Fecha de inicio <i>(fecha en que usted comenzó a recibir estos ingresos)</i>	Fecha final <i>(fecha en la que terminó de recibir estos ingresos)</i>
1. Entrada de dinero mensual	\$		
2. Entrada de dinero mensual de su esposo/a	\$		
3. Entrada de dinero mensual de otros miembros de la familia	\$		
4. Pagos de discapacidades mensuales:	\$		
a) Pago por enfermedad	\$		
b) Seguro de discapacidad de su empleador	\$		
c) Compensación de trabajador	\$		
d) Cualquier Seguro de discapacidad personal	\$		
e) Subsidio de la Administración de Veteranos	\$		
f) Discapacidad de Seguro Social – SSI o SSDI (escoja una)	\$		
5. Subsidio de Jubilación del Seguro Social	\$		
6. Ingresos por jubilación o pensión, 401-K o IRA	\$		
7. Pensión para los niños	\$		
8. Asistencia pública	\$		
10. Estampillas de comida	\$		
11. Contribuciones económicas de familia y amigos	\$		

GASTOS — DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION

Gastos	Cantidad de pago	Orden de prioridad
1. ¿Cuánto paga al mes por los gastos de vivienda (alquiler, hipoteca, tarifas de HOA, impuestos a la propiedad, etc.)	\$	
2. ¿Cuánto paga al mes por los gastos de subsistencia (comestibles, servicios públicos, teléfono celular, televisión, Internet, etc.) Asegúrese de incluir el gasto mensual de alimentos *: \$ 200/m X # en casa =	\$	
3. ¿Cuánto paga al mes por gastos relacionados con la deuda (pagos del automóvil, tarjetas de crédito, préstamos estudiantiles, etc.)	\$	
4. ¿Cuánto paga al mes por gastos médicos (primas, copagos, recetas, etc.)	\$	
5. Otros gastos	\$	
Total de gastos mensuales	\$	
*Por favor describa otros gastos adicionales aquí:		

NOMBRE del PACIENTE: _____

DECLARACIÓN PERSONAL— DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE DE LA SUBVENCION

Yo permito a Ray of Hope Cancer Foundation usar mi historia (menos mi nombre) como método para solicitar a fondos para seguir ayudando a otras personas que padecen de cancer.

Haga un resumen de su situación financiera **(esto es requerido)**. Incluya un documento adicional si es necesario

Por este medio doy permiso a Ray of Hope Cancer Foundation de obtener mi información personal que será necesaria para analizar mi caso.

Yo eximo a Ray of Hope Cancer Foundation de todas las responsabilidades o reclamos que aparezcan de la donación de dinero o servicios proveídos a mi o a mi familia

Firma del solicitante:

Fecha:

LISTA DE APPLICAION:

- Mi nombre está en cada página de esta aplicación.
- Yo he verificado que mis ingresos no exceden los estatutos enlistados en la primera página de la aplicación, si estoy aplicando a la ayuda para hogares de bajos ingresos.
- Yo he incluido toda la información de mis ingresos y gastos de **mi familia entera**.
- Yo he incluido una copia de las pruebas de mis ingresos (talones de cheques, seguro social, pensiónetc.)
- Yo he incluido una copia de mi identificación personal.
- Una profesional de la salud que conoce de mi diagnóstico y tratamiento ha completado y firmado pagina 1 de la aplicación.
- Yo he firmado la aplicación.