# 2027 GRANTING PINK

## Individual Grant Program

**Formulario de Solicitud**

**Solicite el 1º de octubre de 2026 al 31 de enero de 2027**

**¿Necesita ayuda para completar esta solicitud? Sí _____ o No _____**

## SOBRE THRIVING PINK

Thriving Pink es una organización local sin fines de lucro con sede en el condado de Yolo, California. Estamos impulsados por voluntarios y comprometidos a ayudar a las personas diagnosticadas con cáncer de mama a prosperar, proporcionando una red compasiva de apoyo y recursos. Thriving Pink ofrece grupos de apoyo, talleres educativos y subvenciones financieras individuales para nuestra comunidad.

**SUBVENCIÓN PINK** Se otorgan subvenciones financieras individuales a sobrevivientes locales de cáncer de mama para apoyarlas en su trayecto y para reconocerlas por su increíble resiliencia y determinación frente a grandes desafíos. Se proporciona una variedad de fondos, hasta un máximo de $2,000 por solicitante. Los fondos se pueden usar para necesidades inmediatas y directas como atención/tratamiento médico, medicamentos recetados, terapia, cirugía, pago de renta o hipoteca, alimentos, servicios públicos, gastos de transporte/gasolina, apoyo al bienestar, calidad de vida u otros gastos relacionados. El Comité Rosa de Concesión está integrado normalmente por sobrevivientes de cáncer de mama, miembros de la comunidad y profesionales médicos de oncología.

**¿QUIÉN PUEDE SOLICITAR?** Las personas a las que se les ha diagnosticado o se les ha vuelto a diagnosticar cáncer de mama en los últimos tres años (2023-2026) están invitadas a presentar su solicitud según los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Solicitantes que viven en el condado de Yolo y no han recibido previamente una subvención de Thriving Pink.
- Si hay fondos disponibles, se pueden otorgar subvenciones a personas que reciben tratamiento médico para el cáncer de mama en el condado de Yolo, aunque no sean residentes de Yolo y a beneficiarias de subvenciones anteriores con un nuevo diagnóstico de cáncer de mama.

Los miembros de la comunidad pueden nominar a **una amiga, un amigo o un familiar** elegible, completando la solicitud junto con **esa persona**.

## CALENDARIO DE SOLICITUD

**Se aceptan solicitudes del 1 de octubre de 2026 al 31 de enero de 2027.**
Las beneficiarias serán notificadas antes del 19 de febrero de 2027.
Las subvenciones financieras se otorgan el fin de semana del 13 y 14 de marzo de 2027
Evento de reconocimiento a las beneficiarias de las subvenciones: 4 de abril de 2027

## ¿CÓMO SOLICITAR?

1. Complete ambas partes del formulario de solicitud adjunto. Si necesita ayuda, envíe un correo electrónico a Thriving Pink.
2. Envíe su solicitud completa por correo electrónico a info@thrivingpink.org, o por correo postal antes del 31 de enero de 2027, a:

THRIVING PINK
PO BOX 72314
DAVIS, CA 95617

**¿PREGUNTAS?** Envíe un correo electrónico a info@thrivingpink.org ¡Esperamos recibir su solicitud!

## GRANTING PINK

## FORMULARIO DE SOLICITUD PARTE 1

Se debe completar toda la información. Escriba en letra legible.

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Idioma preferido _____

Dirección residencial (no se aceptan apartados postales)

_____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo electrónico _____

No. Tel _____

Diagnóstico actual de cáncer de mama:

- ☐ • No invasivo (DCIS, Etapa 0)
- ☐ • Invasivo (IDC/ILC, Etapa 1, 2 o 3)
- ☐ • Metastásico (Etapa 4)

*Nota: Los miembros de su equipo médico pueden ayudar con esta información si no está segura.*

Fecha de Diagnóstico: _____

Fecha de Re-Diagnóstico (si alguno): _____

¿Qué tratamientos recibirá o ha recibido en los últimos tres años? *Marque todas las opciones que correspondan.*

- ☐ Lumpectomía
- ☐ Mastectomía
- ☐ Quimioterapia/inmunoterapia
- ☐ Radioterapia
- ☐ Tratamientos a largo plazo para la enfermedad metastásica
- ☐ Terapia hormonal (tamoxifeno, Arimidex, letrozol, Lupron, etc.)
- ☐ Otras cirugías relacionadas, como la cirugía reconstructiva
- ☐ Preservación de la fertilidad o servicios reproductivos relacionados con el tratamiento
- ☐ No estoy seguro/a
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro (especifique): _____

*Nota: Los miembros de su equipo médico pueden ayudar con esta información si no está segura.*

¿Qué tratamiento ha recibido en los últimos 12 meses? *Marque todas las opciones que correspondan.*

- ☐ Lumpectomía
- ☐ Mastectomía
- ☐ Quimioterapia/inmunoterapia
- ☐ Radioterapia
- ☐ Tratamientos a largo plazo para la enfermedad metastásica
- ☐ Terapia hormonal (tamoxifeno, Arimidex, letrozol, Lupron, etc.)
- ☐ Otras cirugías relacionadas, como la cirugía reconstructiva
- ☐ Preservación de la fertilidad o servicios reproductivos relacionados con el tratamiento
- ☐ No estoy seguro/a
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro (especifique): _____

  *Nota: Los miembros de su equipo médico pueden ayudar con esta información si no está segura.*

Nombre de su oncólogo: _____

Nombre y ubicación del hospital donde recibe tratamiento: _____

_____

_____

¿Cómo recibió esta solicitud?_____

**********

## FORMULARIO DE SOLICITUD PARTE 2

Cantidad de la subvención solicitada (la subvención máxima es de $2,000): _____

Dependiendo de los fondos de subvención disponibles y del número de solicitantes, Thriving Pink hará todo lo posible por atender todas las solicitudes. El importe de esta subvención, que se otorga por única vez, puede diferir de la cantidad solicitada.

Los fondos pueden destinarse a cubrir necesidades inmediatas y directas, tales como atención o tratamiento médico, medicamentos recetados, terapia, intervenciones quirúrgicas, pago de renta o hipoteca, alimentos, servicios básicos, gastos de transporte o combustible, apoyo al bienestar, mejora de la calidad de vida u otros gastos relacionados.

En caso necesario, ¿nos autoriza a hablar con alguien en su nombre? Sí _____ o No _____

En caso afirmativo, por favor indique:

1. Nombre: _____ 2. Relación con usted: _____

3. Número de teléfono: _____ 4. Idioma preferido: _____

Por favor, comparta su experiencia con el cáncer de mama en el espacio a continuación: cómo ha afectado su vida y cómo utilizará los fondos en caso de recibir una subvención. Te pedimos que seas lo más específica posible respecto a tus necesidades económicas; esto ayudará a el Comité Rosa de Concesión a conocerte mejor y a brindarte apoyo. ¡Gracias!

*Oficina y sala comunitaria:*
*501 2nd Street Davis, CA 95616*

*info@thrivingpink.org*

*Mire nuestro sitio web @www.thrivingpink.org*
*501(c)(3) #89-2172130*