



Solicitud de Asistencia de Medicamentos

Envíe el formulario completo y los documentos adjuntos a SafeNetRx (515) 401-1191

Información del aplicante

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellido, primer nombre, segundo nombre

Dirección: _____
Dirección *Número de apartamento*

Ciudad *Estado* *Código postal*

Número de teléfono: _____ Email: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Alergias: _____ Número de teléfono del administrador del caso: _____

Medicamentos: _____

Información de residencia

Por la presente doy fe de que actualmente vivo en Iowa. Sí NO

Por la presente doy fe de que actualmente estoy sin hogar. Sí NO

Adjuntar copia del documento justificativo (Licencia de conducir, Identificación del estado, or factura de servicios públicos que muestra la dirección de Iowa, etc)

Información sobre la renta de ingresos

Yo, por la presente doy constancia que mis ingresos anuales son : \$ _____

Ingresos adicionales como ingresos de seguro social por incapacidad, beneficio de compensación, dividendos, interés, asistencia de familia, amigos, o caridad, o asistencia pública y/o estampillas de comida, o otras fuentes: \$ _____

Ingresos de otras personas en su casa durante los 12 meses: \$ _____

Número de personas que viven en su casa: _____

Ingresos total de su salario y otras fuentes: \$ _____

Adjuntar copia del documento justificativo (declaración de impuestos, Formulario W-2, carta del empleador, cheque de pago reciente, declaración de desempleo, declaración de seguridad social, etc)

Información de Seguros

Seguro de prescripción (elige uno): Seguro comercial o asistencia de veteranos (VA) con beneficios de farmacia.
 Medicare o Medicaid con beneficios de farmacia.
 Yo no estoy cubierto por ningún tipo de seguro de prescripción

No puedo pagar el copago de la receta. Sí NO

Certificado del paciente – Válido por un año a partir de la fecha de inscripción

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta en la fecha que se muestra a continuación. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para los medicamentos donados y que cualquier información inválida o incorrecta en este documento terminará mi capacidad para recibir medicamentos de SafeNetRx-Pharmacy. Notificaré a SafeNetRx inmediatamente de cualquier cambio en el empleo, los ingresos o el seguro antes de que se surtan recetas adicionales. Reconozco que no puedo solicitar el pago a terceros pagadores, incluidos los programas federales de atención médica, como Medicare o Medicaid, por cualquier Producto del programa recibido de SafeNetRx.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

SafeNetRx Pharmacy aviso de Privacidad (HIPAA)

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para fines de auditoría a los administradores de programas o personas designadas como terceros para verificar la elegibilidad para los programas de donación de medicamentos, o para procesar este (estos) reclamo (s) por parte de terceros pagadores y permito que se utilice lo siguiente en lugar de este documento original para todos los reclamos de terceros federales, estatales, comerciales, de compensación o responsabilidad:

- (1) una fotocopia de la reproducción en otro facsímil de esta autorización, o*
- (2) el uso de una computadora para indicar que mi firma está archivada y / o el uso de una computadora para transmitir electrónicamente mi reclamo para su procesamiento.*

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de SafeNetRx antes de firmar este documento. Se me ha enviado el Aviso de prácticas de privacidad de SafeNetRx. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención médica de SafeNetRx en el sitio web de SafeNetRx en safenetrx.org. Este Aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y los deberes de SafeNetRx con respecto a mi información médica protegida. SafeNetRx se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad. Puedo obtener un aviso revisado de las prácticas de privacidad accediendo al sitio web de SafeNetRx o llamando a la oficina y solicitando que se envíe una copia revisada por correo.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Uso Farmacia Unica

Staff Signature & Acknowledgement

I verify that I am working within my professional capacity and that the patient's identity and eligibility for the SafeNetRx Behavioral Health Medication Assistance Program has been validated.

Staff Name & Title (Print) _____

Staff Signature: _____ Date: _____

Fax completed form and accompanying documents to SafeNetRx Pharmacy (515) 401-1191

SafeNetRx Pharmacy
pharmacy@safenetrx.org
P: (515) 276-0066
F: (515) 401-1191