

Programa de Asistencia de Prescripción Médica

8 Prospect Street PO Box 2014
Nashua, NH 03061-2014

El Programa de Prescripción Médica asiste a los pacientes de bajos recursos económicos, que no tienen seguro médico que cubra la prescripción de algunas medicinas de marca original a largo plazo y a través de ciertas compañías farmacéuticas; **Y EL MEDICO QUE PRESCRIBE LAS MEDICINAS esté afiliado al Southern New Hampshire Medical Center, St. Joseph Hospital. Si el médico que prescribe sus medicamentos pertenece a Harbor Clinic, Dartmouth-Hitchcock Clinic, Greater Nashua Mental Health o Lamprey Clinic, por favor contacte cualquiera de esas agencias para que le asistan.**

El material incluye:

1. Forma de aplicación
2. HIPAA/ formulario de autorización para divulgar información médica
3. Formulario 4506T (Formulario de “No Declaración de Impuestos”)

La siguiente es una lista de verificación de los requisitos solicitados por la Asistencia de Prescripción Médica:

Solicitud:

- Solicitud completa del paciente.
Las solicitudes con preguntas sin responder serán devueltas.
- Firme el formulario de autorización para divulgar información médica

Información de Ingresos por Impuestos

- Copia de su más reciente declaración de impuestos federales y todos los anexos.
Si usted no declaró impuestos, firme y coloque la fecha en el formulario 4506T.
- Formularios W2 del año pasado (si estuvo empleado el año pasado).

Ingreso MENSUAL de todos los miembros del hogar. Posibles pruebas incluye:

- Copia de los recibos de su sueldo más recientes o constancia de trabajo.
- Carta de beneficios de desempleo o incapacidad.
- Carta de beneficios MENSUALES del Seguro Social (lo cual incluye SS, SSDI, o SSI)
Carta de beneficios de pensión.
- Pensión alimenticia y/o manutención del menor

Si usted no tiene ingresos, tiene que demostrar que ha aplicado por asistencia pública o que está recibiendo soporte financiero de algún miembro de la familia.

- Incluya una copia de las notificaciones de aprobación o negación de asistencia pública
- Carta de soporte financiero de algún miembro familiar.

*** No Envíe estados de cuenta bancarios.**

Su solicitud no está completa hasta que recibamos toda esta información. Usted debe recibir notificación por parte de las compañías farmacéuticas en aproximadamente seis semanas después de recibir su solicitud. Si alguna información hace falta para completar su solicitud, le enviaremos por correo una lista de requisitos adicionales.

Sinceramente

Coordinador del Programa de Asistencia de Prescripción Médica

Programa de Asistencia de Prescripción Médica Solicitud del Paciente

El médico que prescribe su(s) medicinas debe estar afiliado al Southern New Hampshire Medical Center, St. Joseph Hospital. Si el médico que prescribe sus medicamentos pertenece a Harbor Clinic, Dartmouth-Hitchcock Clinic, Greater Nashua Mental Health or Lamprey Clinic, por favor contacte cualquiera de esas agencias para que le asistan.

Nombre: _____ Teléfono #: _____ Seguro Social #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Femenino Masculino Ciudadano Americano: SI NO

Ingreso familiar **MENSUAL**: \$ _____ Fuente de ingreso: _____

Numero de personas en su hogar: _____ Casado Soltero Divorciado Viudo

Presentó Impuesto Federal: Sí No Veterano: Sí No

Seguro de Prescripción Médica: Sí No Compañía: _____

Ha estado incapacitado por más de 2 años: Sí No

Medicare: Sí No Si respondió Sí por favor adjunte una copia de su tarjeta de Medicare

Medicaid: Sí No Deducible: Sí No Monto del Deducible: _____

Yo certifico que esta información está correcta y que **no tengo** seguro de prescripción médica y no tengo los recursos suficientes para pagar mis medicamentos por prescripción médica.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Alergias a Medicamentos: _____

Nombre del Médico: _____ Hospital: SNHHS SJH

Información de sus Prescripciones Médicas

MEDICAMENTOS	DOSIS	MÉDICO QUE PRESCRIBE



Programa de Asistencia de Prescripción Médica Autorización para la divulgación de mi información de salud confidencial/ Consentimiento de Firma

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Por este medio autorizo al programa de asistencia de prescripción médica a usar, divulgar o compartir mi información de salud privada (historial médico o financiero) con el fin de ayudarme a recibir asistencia con mis gastos de prescripciones medicas a través de las compañías farmacéuticas.

- Yo autorizo al Programa de Asistencia de Prescripción Médica a suministrar/intercambiar información personal, información financiera/documentación, información del plan de seguro médico e información médica a las compañías farmacéuticas, para recibir medicamentos bajo el Programa de Asistencia de Prescripción Médica que estas tengan disponibles.
- Yo autorizo al Programa de Asistencia de Prescripción Médica a actuar como mi representante, incluyendo firmar solicitudes y correspondencia en mí nombre, para mi beneficio directo de recibir asistencia con prescripción médica.
- Yo autorizo al Programa de Asistencia de Prescripción Médica a tratar cualquier asunto relacionado con mi aplicación y/o caso a las siguientes personas:
_____, _____,

La información abajo será suministrada/recibida por cualquier persona o entidad a quienes el Programa de Asistencia de Prescripción Médica pudiera aplicar en nombre de y para el beneficio directo de recibir medicamentos como parte del programa. **Esto incluye: Información personal, información médica, información financiera, información del seguro médico, diagnósticos médicos y alergias a medicamentos.**

Yo entiendo que:

- Puedo examinar o copiar la información protegida de salud descrita en esta autorización.
- Esta autorización puede ser revocada por escrito y entregada al Programa de Asistencia de Prescripción Médica. Haciendo esto, entiendo que ya no seré elegible para participar en el programa, excepto que SNHMC haya iniciado o finalizado cualquier acción previa a la revocación de esta autorización.
- Toda información usada o divulgada de conformidad a esta autorización puede ser sujeta a nueva divulgación por el destinatario; si es así, pudiera no estar sujeta a ninguna ley federal o estatal que proteja su confidencialidad.
- Autorizando a esta divulgación de mis registros médicos, también libero al Programa de Asistencia de Prescripción Médica de toda responsabilidad y obligación legal que pudieran presentarse por la divulgación de dichos registros médicos.

FECHA _____
Firma del paciente o representante

VENCIMIENTO: Esta autorización se vencerá al final de mi participación en el programa de asistencia de prescripción médica. Autoridad del representante (padres del menor, tutor, etc.)