



Querido cliente,

Gracias por su interés en el programa de NC MedAssist para la asistencia con medicamentos recetados. NC MedAssist es una farmacia sin fines de lucros que provee servicio a todo el estado de Carolina del Norte proveyendo gratuitamente medicamentos recetados a sus clientes.

Para ser parte de nuestro programa, es importante que usted complete toda la información requerida, con su firma para la inscripción a nuestro programa. Aplicaciones incorrectas o incompletas atrasaran el proceso de su inscripción, por favor asegúrese que toda la información este correcta.

Elegibilidad del paciente:

- Tienes que ser residente de Carolina del Norte.
- Los ingresos del hogar tienen que ser o estar abajo del 200% de las directrices de pobreza del gobierno federal.
- No puede tener Medicare, Medicaid, beneficios de veterano militar o cualquier seguro para sus medicamentos.

SOMETA LA APLICACION ESCOJIENDO UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

Para aplicar, por favor de mandar todos los documentos que aplica a usted a NC MedAssist:

1. La aplicación de NC MedAssist completada y firmada.
2. **Receta originales solamente** (*las botellas, listas, copias o recetas transferidas de otras farmacias no son aceptable*)
3. Prueba de domicilio. Por ejemplo: un ID, un recibo de servicio del hogar o un pago medico con la dirección correcta.
4. Prueba de los ingresos del hogar. Por ejemplo:
 - Un mes completo, más recién y consecutivos de colillas de cheques dentro de los últimos 60 días. (*4 colillas de cheques si le pagan semanal o dos si le pagan a la quincena*)
 - Si recibe beneficios de Veterano, compensación de trabajo o beneficios de discapacidad a corto plazo, vamos a necesitar pruebas de esos documentos con la fecha de este año.
 - Si recibe retiro o pensión, necesitamos los documentos con la fecha de este año.
 - Si recibe Ingresos del Seguro Social o beneficios de discapacitado-necesitamos la carta de beneficios para este año y el **“Notice Of Awards”** que es la carta original cuando comenzó sus beneficios. **(No se acepta la forma 1099)** Si no tienes tus documentos del seguro Social, puede obtenerlos en las oficinas locales del Seguro Social.
 - Si está desempleado y recibes desempleo, necesitamos la carta de la oficina de desempleo.
5. Si no tienes empleo, la persona que le brinda ayuda financiera necesita llenar la carta de apoyo que especifica la ayuda para usted.
6. Las primeras 2 hojas de los impuestos del formulario federal 1040. Por favor incluir los impuestos de su cónyuge si declararon los impuestos separados. Si trabaja por tu propia cuenta necesitamos las hojas **“Schedule C”** junto con el 1040 del formulario federal. Por favor firmar sus impuestos.
 - Si no declaro impuestos, por favor llenar la forma 4506T (esta forma está a su disposición en nuestra oficina o en www.irs.gov)

- **CORREO:** NC MedAssist, 601 E. 5th St. Suite 350, Charlotte, NC 28202
- **FAX:** 1-704-536-9865

La inscripción en el programa es para un año y podrá recibir medicamentos listados en nuestro formulario. Usted será responsable de renovar su aplicación anualmente antes de su fecha de inscripción.

Las medicinas se mandaran a la dirección postal indicada en la aplicación. Puede ordenar las medicinas de 7 a 10 días antes que se terminen. Si tiene cualquier pregunta o necesitas asistencia, por favor de llamar al: (866)331-1348 o visite nuestra página al www.medassist.org.

Solicitud de Inscripción

Uso de oficina
Fecha de inicio: _____ Solicitante # _____ Fecha de recertificación _____ POE _____

Primer Nombre:	In:	Apellido:	Seguro Social/TIN #:	Fecha de nacimiento:
Dirección Postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección física (Si es diferente a la Postal):			Teléfono de contacto #:	Secundario #:
Contacto de emergencia (otro nombre aparte del solicitante):			Teléfono de emergencia #:	
Condado de residencia:			Estado Civil:	Casado Divorciado Soltero Viudo Separado
Nombre del Médico o Doctor:			Teléfono del Doctor #:	

Usted fuma? Si No Si es Si, estas interesado dejar de fumar? Si No
Eres alérgico a algún medicamento? Si No Si, si por favor note:

Etnicidad:	Idioma principal hablado:	Genero:	Número de gente en el hogar:
Blanco Afro Americano Hispano Indio americano Asiatico Otro	(excepto español)	Hombre Mujer	(incluyendo usted) 1 2 3 4 5 6 otro _____

Ingresos del hogar. Los ingreso bruto mensuales:	Usted tiene unos de los seguros siguientes?
Salario \$ _____	Seguro médico Si No
Discapacidad \$ _____	Medicare Parte D Si No
Pensión Alimenticia/Manutención \$ _____	Medicaid Si No
Seguro Social \$ _____	Plan familiar Si No
Pensión/Retiro \$ _____	Seguro de Veteranos Si No
Desempleo/Compensación de trabajo \$ _____	
Total de los ingresos bruto mensual \$ _____	
Total de los ingresos anual \$ _____	Incluya la prueba de los ingresos (consulte con la pagina 1 de la aplicación)

Acuerdo del solicitante/revelaciones/liberación.

Doy fe que la información que he dado en esta solicitud de inscripción es exacta y verídica, también comprendo que si mi solicitud es aprobada, los servicios no están garantizados. Al firmar esta solicitud doy a Medassist, sus empresas farmacéuticas afiliados y las agencias públicas, privadas o patrocinadores financieros y sus agentes de cualquier reclamo de responsabilidad contractual o extracontractual derivados de las acciones de Medassist, sus agentes, empleados, o P.D.E. en la realización de servicios o relacionadas con los servicios que recibo de MedAssist. Yo doy mi consentimiento para que DDS y el DHSS para asesorar a Medassist del estatus de una solicitud pendiente de Medicaid. Yo notificare a MedAssist inmediatamente si llego a ser elegible para Medicare, Medicaid, seguro privado o los beneficios del AV, o si mi ingreso cambia. También doy consentimiento para que Medassist pueda difundir información sobre mi salud a sus afiliados (es decir, la auditorias de las compañías farmacéuticas) en cuanto se refiere a todas las leyes federales, estatales y locales y regulaciones y fines directamente relacionados con la administración de programas de Medasist y subvenciones. Yo he recibido la forma de las prácticas de privacidad de NC MedAssist. Doy permiso a NC MedAssist firmar documentos para el programa de asistencia para pacientes cuando sea necesario.

Yo doy permiso a NC MedAssist a que mande mis medicamentos a mi patrocinador de entrada. _____
Nombre del patrocinador como punto de contacto.

Nombre del lugar de inscripción (Si aplica) _____
Esta línea es solo para el lugar de inscripción.

Firma de solicitante _____ Fecha _____

NC MedAssist firma de empleado _____ Fecha _____