

Servicio en Farmacia San Vicente de Paul (SVdP)

La farmacia St. Vincent de Paul ofrece medicamentos recetados sin costo para los residentes Del Norte de Texas que no tienen seguro médico y quién no puede permitirse comprarlos en una farmacia. Si necesitas medicación y (1) reside en el estado de Texas, (2) no tienen cobertura de seguro de salud de ningún tipo, y (3) tener un cierto nivel de ingresos **, Estamos aquí para ayudar.

Solicitando Servicio

Cada paciente de SVdP Pharmacy debe solicitar el servicio y demostrar que cumple con los criterios anteriores. **POR FAVOR lea cada página del formulario de admisión con atención y complete cada formulario de la manera más completa posible.**

Hay tres formas de enviar su solicitud:

1. **Imprima y Complete a Mano:** Escanee y envíe un correo electrónico a rchavez@svdpdallas.org o glored@svdpdallas.org. O envíe un fax al **469-687-9126**.
2. **Descargar y Completar en la Computadora:** Descargue y GUARDE su formulario completo en su computadora. Luego adjunte y envíe un correo electrónico para enviar
3. **Aplicar por Teléfono:** Llame durante el horario de oficina para enviar una solicitud si no tiene acceso a una computadora.

Documentos de Pacientes Aceptados

Para completar su solicitud, debe proporcionar un (1) tipo de documentación de cada una de las columnas siguientes. Al enviar su solicitud, recuerde adjuntar copias de cada documento a su correo electrónico.

Prueba de Identidad	Prueba de Residencia	Verificación de Ingresos
<p>Cualquier identificación con el nombre y la foto del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de conducir 2. Identificación emitida por el estado 3. Pasaporte 4. Identificación internacional 5. Identificación escolar. 	<p>Cualquier correo a nombre del paciente con su dirección actual:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de conducir 2. Identificación emitida por el estado 3. Acuerdo hipotecario 4. Contrato de arrendamiento (año actual / pasado) 5. Factura de servicios públicos 6. Seguro de auto 7. Programa de tratamiento I.D. según lo verificado por su administrador de casos (puede ser una carta) 8. Carta de recomendación por dificultades 	<p>Comprobante de ingresos que cubre sus gastos mensuales y muestra que gana al 300% o menos del nivel federal de pobreza para el tamaño de su hogar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Declaración de impuestos 2. Recibos de pago del mes más reciente 3. Carta del empleador, detallando el salario y las horas. <p>Si tu no trabajas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Declaraciones de la fuente de ingresos: Seguro Social, Manutención de los hijos, Cupones para alimentos, Jubilación o Discapacidad 2. Carta de recomendación por dificultades

Si tiene preguntas, llame a la farmacia, o venga y ¡podemos ayudarlo!

Información del Paciente

Nombre		Inicial	Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		Géner <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Raza/Etnicidad <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____			Educación Completada <input type="checkbox"/> Escuela primaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Universidad - 2 años <input type="checkbox"/> Universidad - 4 años		
Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temp <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante			¿Cómo se enteró de la Farmacia SVdP? <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV/ Noticias <input type="checkbox"/> Internet/Sitio Web <input type="checkbox"/> Iglesia [nombre, si]		
Número total en el hogar: _____ Indique los nombres y fechas de nacimiento de cada persona que vive con usted:					

Información Médica y de Prescripción					
Seguro de Salud <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Ninguna			¿En los últimos 12 meses, ¿ha sido admitido en el hospital o ha visitado una sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿cuántas veces? _____		
Por favor indique los medicamentos que necesita:					
Por favor indique cualquier alergia a los medicamentos y su reacción:					
Enumere los Ingresos del Hogar			Enumere los Gastos Mensuales del Hogar		
Salarios	\$	_____	Alquiler / Hipoteca	\$	_____
Discapacidad	\$	_____	Servicios públicos (electricidad, agua, etc.)	\$	_____
Pensión alimenticia / manutención infantil	\$	_____	Comida	\$	_____
Beneficios de Seguro Social	\$	_____	Necesidades Básicas (Ropa, Higiene)	\$	_____
Beneficios de Jubilación o Pensión	\$	_____	Gastos totales del hogar	\$	_____
Discapacidad/Comp del Trabajador	\$	_____	<i>Si otra persona paga sus gastos de manutención, pídale que complete la Carta de derivación por dificultades económicas en su nombre.</i>		
Ingresos no devengados	\$	_____			
Ingresos mensuales	\$	_____			
Ingreso anual total	\$	_____			

Términos de Servicio

Cada paciente debe completar este formulario. Por favor, lea atentamente y agregue sus iniciales a cada sección. Sus iniciales significan que ha leído, comprendido y aceptado cada declaración.

_____ **Términos para calificar para el servicio**

Reconozco que los términos relativos a calificar para recibir servicio en St. Vincent de Paul Pharmacy se me han sido explicados y los entiendo. También entiendo que he sido certificado para un periodo de doce (12) meses, y entiendo que se necesitara volver a verificar si califico para recibir servicio en la Farmacia después de esa fecha si gusto seguir recibiendo medicamentos.

_____ **Consentimiento al tratamiento por voluntarias**

Entiendo que los servicios que recibo de SVdP Pharmacy pueden ser proporcionados por un voluntario que no es administrado por o en espera de una compensación. Además, entiendo que la ley de Texas impone límites a la recuperación de daños de dicho voluntario, incluida la inmunidad de responsabilidad civil por cualquier acto u omisión que resulte en la muerte o lesiones de un paciente.

_____ **Acuerdo de Cambio de Información**

Atestiguo que la información que presente es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y inmediatamente informaré a SVdP Pharmacy de cualquier cambio de dirección, cambio de estado de mi seguro, o nuevo ingreso financiero que reciba. Entiendo que cualquiera de estos cambios puede afectar si sigo calificando para el servicio en la farmacia o no.

_____ **Consentimiento y Descargo de Responsabilidad**

Entiendo que cualquier información que proporcione a SVdP Pharmacy se mantendrá confidencial. Sin embargo, autorizo a SVdP Pharmacy el poder de compartir mi información, que incluye pero no se limita a mi nombre, dirección y otra información personal, con otras instalaciones médicas y / o fabricantes de productos farmacéuticos que participan en mi cuidado para coordinar mis servicios. También autorizo a SVdP Pharmacy para que comparta mi información, incluyendo los registros de elegibilidad y prescripción, con cualquier Pharmaceutical Manufacturers Patient Assistance Program(s), o la persona designada por ellos, para cual califico, con fines de auditoría. Entiendo que este consentimiento está autorizado para un periodo de doce (12) meses a partir de la fecha en que se firma esta pagina, y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a SVdP Pharmacy, excepto cuando ya se hayan tomado medidas para obtener y / o liberar tal información.

_____ **Permiso para Divulgar Información para ver si Califico para Programas de Asistencia al Paciente**

También autorizo a que St. Vincent de Paul Pharmacy use mi información, incluyendo los registros de recetas, para ayudarme a encontrar cualquier Programa de Asistencia al Paciente a cual califique, a fin de ayudarme a acceder a estos programas y para coordinar mis servicios.

Doy fe de que toda la información enviada en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Con mi firma, indico que entiendo y estoy de acuerdo en general con los términos y condiciones de servicio de la farmacia de St. Vincent de Paul. Si el paciente es un niño menor de 18 años, firmo como su tutor legal.

Nombre del Paciente _____ **Fecha** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha** _____

(si el paciente es menor de 18 años de edad)