

## 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 cuidadosamente cada página del formulario de admisión y complete cada formulario lo más completamente posible. Si tiene preguntas, llame a la farmacia, o venga y ¡podemos ayudarlo!**

A continuación, encontrará una lista de los documentos que debe presentar para presentar la solicitud, junto con notas especiales sobre el formulario de solicitud.

#### 1. Prescripción válida

Si tiene una copia en papel de una receta de un médico, llévela con usted a la farmacia. Si sus recetas están archivadas en otra farmacia, debe traer el nombre, la dirección y el número de teléfono de su farmacia con usted, y su receta se transferirá electrónicamente.

#### 2. Prueba de residencia

Para probar su residencia en el estado de Texas, puede traer una identificación con foto emitida por el gobierno o una (1) de las siguientes:

- Un contrato de arrendamiento o hipoteca, factura de servicios públicos u otro correo reciente que muestre su nombre y dirección actual,
- Identificación del programa de tratamiento, según lo verifique su administrador de casos (o una carta de su administrador de casos),
- Si no puede verificar su lugar de residencia, complete la Carta de referencia de refugio para personas sin hogar en la página 7.

#### 3. Verificación de ingresos \*\*

El personal de la farmacia lo ayudará a determinar si el ingreso total de su hogar lo califica para el servicio. El tipo de ingreso que recibe determina qué tipos de documentación debe presentar con su solicitud.

##### Si tiene ingresos de trabajo de un lugar de trabajo, traiga:

- La declaración de impuestos del año pasado y dos (2) cheques de pago o talones de pago más recientes.
- Si no puede proporcionar los recibos de pago recientes, traiga una carta de su empleador que indique la cantidad de horas que trabaja en cada período de pago y la cantidad que gana por hora.

##### Si no trabaja, pero recibe ingresos de otras fuentes, traiga:

- Cartas o declaraciones que muestren que usted recibe pagos de fuentes tales como el Seguro Social, Manutención de los hijos, Estampillas de comida, jubilación o discapacidad.
- El formulario **detalle de ingresos y gastos** en la página 4 muestra todos los tipos de ingresos reconocidos por la farmacia de SVdP, que deben documentarse en su solicitud..

Si no tiene ingresos de un trabajo o otra fuente, complete el formulario:

- **Formulario de reconocimiento de apoyo para gastos** mensuales en la página 5 para mostrar cómo cubre los gastos de subsistencia.

#### **COVID-19 PPROTOCOL (ACTUALIZADO EN NOVEMBRE DE 2020:**

**LLENE LA SOLICITUD Y ADJUNTE LOS DOCUMENTOS en la computadora, ASEGÚRESE de guardarlos en su computadora, titulados con su nombre; luego envíelo por correo electrónico o por fax al 469-687-9126.**

## Información del Paciente

*Cada paciente debe completar este formulario.*

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Género  M  F

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Rango de edad:  0-17  18-29  30-49  50-64  65+

Raza/Etnicidad  Afroamericano  Asiático  Hispano  Nativo Americano  Caucásico  Otro \_\_\_\_\_

Idioma Principal \_\_\_\_\_ ¿Necesita interprete?  Si  No

Educación Completada  Escuela primaria  Escuela secundaria/GED  Universidad - 2 años  Universidad - 4 años

Empleo  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Temp  Desempleado  Jubilado  Discapacitado  Estudiante

¿Eres usted un Veterano?  Si  No ¿Tienes un administrador de casos?  Si  No

Si tiene un administrador de casos o alguien que lo refirió, indique el nombre de la persona u organización:

\_\_\_\_\_

Estado Civil  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

### Información del Cónyuge (si aplica)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Género  M  F

Empleo  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Temp  Desempleado  Jubilado  Discapacitado  Estudiante

¿Es su conyuge un veterano?  Si  No

Información de Otros Miembros del Hogar Número total en el hogar (incluido el paciente): \_\_\_\_\_

Por favor use la parte de atrás de la página para detallar más miembros de la familia.

Nombre Completo	Géner (M/F)	Años	Relación

**Información Médica y de Prescripción**

**Seguro de salud**  Medicare  Medicaid  Beneficios de VA  Otra \_\_\_\_\_  ninguna

**Por favor indique los medicamentos que necesita :** \_\_\_\_\_

**Por favor indique cualquier alergia a los medicamentos y su reacción:** \_\_\_\_\_

**En los últimos 12 meses, ¿ha sido admitido en el hospital o ha visitado una sala de emergencias?**

Si  No Si es así, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró de la Farmacia SVdP?**  Radio  TV/ Noticias  Internet/Sitio Web  Iglesia [nombre, si posible]: \_\_\_\_\_  Otra \_\_\_\_\_

## **Consentimiento para el Tratamiento por Parte de Voluntarios**

*Por favor, lea atentamente y añada su firma a continuación.*

Entiendo que los servicios recibidos por St. Vincent de Paul Pharmacy podrán ser prestados por un voluntario que esté prestando atenciones que no sean proveídas por o en espera de recibir compensación.

Entiendo, además, que la Ley de Texas impone límites en la recuperación por daños de cualquier voluntario a cambio de recibir servicios de salud. Dichas limitaciones incluyen inmunidad a responsabilidad civil por cualquier acto u omisión que resultare en muerte o daño a un paciente si:

- 1) El voluntario estaba actuando en buena fe en el curso y durante el alcance de sus responsabilidades y funciones en la organización.
- 2) El voluntario comete un acto u omisión mientras se encontraba prestando servicios de salud al paciente.

**Reconozco que los proveedores de servicios de salud, en calidad de voluntarios, están brindándome servicios de salud que no son prestados a cambio de la expectativa de recibir remuneración, y a cambio de recibir los servicios de salud, la recuperación por daños queda limitada.**

( ) Yo Mismo

( ) La persona detallada a continuación, por quien soy legalmente responsable: \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(si el paciente es menor de 18 años de edad)

## Detalle Mensual de Ingresos y Gastos

Cada paciente debe completar este formulario. El personal de farmacia le ayudará a completar la parte inferior debajo de la línea.

### Ingresos por empleo

Nombre del empleador \_\_\_\_\_  Desempleado

Cantidad de salario: \_\_\_\_\_ Frecuencia salarial:  salario por hora  por día  por semana  
 por mes  Ingresos anuales

### Ingresos de Otras Fuentes

Para verificar su ingreso anual total, debemos contabilizar todos los tipos de ingresos recibidos. Además de los salarios o de un lugar de empleo, su "Ingreso" incluye cualquier pago recibido de cualquiera de las siguientes fuentes. Si es posible, proporcione cualquier estado de cuenta o documentación que muestre estos pagos:

- Propinas,
- Beneficios de desempleo,
- Beneficios de Seguro Social,
- Prestaciones sociales,
- Discapacidad, compensación del trabajador u otros pagos por una lesión o enfermedad,
- Beneficios de jubilación o pensión,
- Pagos de pensión alimenticia o pensión alimenticia
- Pagos de anualidades o seguros de vida,
- Intereses o dividendos de cuentas de ahorro o inversiones, o cualquier retiro de estas cuentas,
- Ingresos de alquiler o ingresos de su negocio,
- Ingresos de regalías, patentes, juegos de azar o ganancias de lotería

### Detalle de Gastos

En la tabla a continuación, enumere los costos de sus gastos de subsistencia. No tiene que enumerar la cantidad exacta; solo calcule el promedio en unos pocos dólares.

Gastos	Costo Mensual	Gastos	Costo Mensual
Alquiler / Hipoteca		Comida	
Servicios públicos (electricidad, agua, etc.)		Ropa, higiene, necesidades básicas	

### PERSONAL DE FARMACIA: Ingresos de otras Fuentes

Fuente / Organización	Total Mensual

Ingreso mensual total del hogar: \_\_\_\_\_ Ingresos anuales totales del hogar: \_\_\_\_\_

He revisado esta sección de ingresos con el solicitante y he verificado su ingreso anual total del hogar.

Firma de Filtro de Admisión \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Reconocimiento de Apoyo para Gastos Mensuales

Cada paciente debe completar este formulario. Muestre cómo cubre sus gastos básicos de vida en la tabla a continuación. Tenga en cuenta si usted, una organización o un individuo (amigo o familiar) paga el gasto. Si cubre el gasto usted mismo, simplemente escriba "Yo" en ambas columnas.

### Gastos Mensuales

Gastos	Fuente de pago: uno mismo, un individuo o agencia?	Nombre del partidario: nombre de la agencia / organización o nombre completo y relación del individuo
Alquiler / Hipoteca		
Servicios públicos (electricidad, agua, etc.)		
Comida		
Ropa, higiene, necesidades básicas		

**Reconocimiento de Apoyo:** para ser firmado por individuos o representantes de la organización, si corresponde. Si cubre todos sus gastos, solo necesita firmar en la línea Firma del paciente en la parte inferior.

Con mi firma, atestiguo que este solicitante no tiene ingresos o ingresos insuficientes y que yo, o la organización que represento, proporcionamos apoyo financiero para sus gastos de subsistencia

**Nombre del Contacto de Soporte - Alquiler** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre del Contacto de Soporte - Utilidades** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre del Contacto de Soporte - Alimentos** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre del Contacto de Soporte - Necesidades básicas** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

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

## 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.

\_\_\_\_\_ **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.

Con mi firma, indico que estoy de acuerdo en general con los términos y condiciones de servicio en la farmacia St. Vincent de Paul Pharmacy. Si el paciente es menor de 18 años, firmo como su guardian legal.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Guardian** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

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



### Carta de para Personas sin Hogar

Complete este formulario si no tiene hogar o si no puede verificar su lugar de residencia. Esta carta debe ser completada por el individuo, la organización o el defensor que le brinda apoyo de vivienda.

RE: Farmacia San Vicente de Paul:

Para (Nombre del solicitante): \_\_\_\_\_

A quien le interese,

Esta carta es para verificar que \_\_\_\_\_ no tiene hogar, como se define a continuación (elija uno):

Una persona o familia que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, lo que significa: Una persona o familia con una residencia nocturna principal que sea un lugar público o privado que no esté diseñado ni se use normalmente como un lugar para dormir habitual para seres humanos, incluido un automóvil, parque, edificio abandonado, estación de autobús o tren, aeropuerto o zona de acampada; o

- A. Una persona o familia que vive en un refugio supervisado de manera pública o privada designado para proporcionar arreglos de vivienda temporales (incluidos refugios congregados, viviendas de transición y hoteles y moteles pagados por organizaciones caritativas, o por programas del gobierno federal, estatal o local personas de bajos ingresos); o
- B. Una persona que está saliendo de una institución en la que residió durante 90 días o menos y que residió en un refugio de emergencia o en un lugar no destinado a la habitación humana inmediatamente antes de ingresar a esa institución

Una persona o familia que está huyendo o está tratando de huir de la violencia doméstica, violencia de pareja, abuso sexual, acecho u otros peligros o condiciones que ponen en peligro la vida que se relacionan con la violencia contra la persona o un miembro de la familia.

Su ingreso actual es \_\_\_\_\_  Por hora  Diario  Por semana  Mensual  Anual,

Y su fuente de ingresos es \_\_\_\_\_. Esta carta verifica que la persona nombrada anteriormente necesita refugio / vivienda de apoyo. Háganos saber si necesita información adicional sobre esta persona o su familia.

Sinceramente,

Nombre de la persona / organización \_\_\_\_\_

Título / Relación \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_