

Programa de Farmacia Gratuita Instrucciones para la solicitud

Comuníquese con nosotros:

De lunes a viernes,
de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Local: 704-536-1790

Número gratuito: 866-331-1348

Fax: 704-536-9865

Correo electrónico: info@medassist.org
www.medassist.org

Gracias por su interés en el Programa de Farmacia Gratuita de NC MedAssist. NC MedAssist es una farmacia sin fines de lucro que proporciona medicamentos recetados gratuitos a los residentes de Carolina del Norte que tienen dificultades para obtener medicamentos.

Para calificar:

- Debe vivir en Carolina del Norte.
- Los ingresos del hogar deben ser iguales o inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza.
- No tiene seguro médico

Es posible que podamos ayudarle si tiene Medicare, caso por caso. Póngase en contacto con nosotros

No necesita receta médica para inscribirse en el programa.

Nivel federal de pobreza 2024		
Número de personas en el hogar	Ingresos mensuales	Ingresos anuales
1	\$3,765	\$45,180
2	\$5,110	\$61,320
3	\$6,455	\$77,460
4	\$7,800	\$93,600
5	\$9,145	\$109,740
6	\$10,490	\$125,880
7	\$11,835	\$142,020
Por cada persona adicional, sume	\$1,345	\$16,140

Hay más de una manera de hacer la solicitud. Elija una de las siguientes:

1. Haga la solicitud en línea. Visite www.medassist.org y haga clic en "How to Enroll" (Cómo inscribirse).
2. Puede llamarnos y solicitar una copia en papel. Devuélvala por fax o por correo electrónico.
 - Envíela por **correo postal** a NC MedAssist, 4428 Taggart Creek Rd, Suite 101, Charlotte, NC 28208.
 - Envíela por **fax** al 704-536-9865.
 - Envíela por **correo electrónico** a info@medassist.org.

¿Qué pasa después de que hace la solicitud?

Permítanos de 7 a 10 días hábiles para procesar su solicitud, surtir los medicamentos y enviarlos a su dirección. Una vez aprobada, la inscripción en el programa dura **hasta un año**. Debe volver a hacer la solicitud todos los años para permanecer en el programa.

Se le enviarán los medicamentos desde nuestra farmacia en Charlotte, Carolina del Norte, a la dirección indicada en su solicitud o a un socio que actúe como punto de entrada (POE, por sus siglas en inglés).

NC MedAssist no surte las recetas automáticamente. **Debe llamar para surtir su receta entre 7 y 10 días antes de que se le acabe el medicamento.** Si tiene preguntas sobre sus medicamentos o desea comunicarse con la línea de 24 horas para surtir medicamentos, llame a la farmacia al 704-943-9639 o al 866-331-1348.

A dónde enviar las recetas: Los médicos pueden enviar las recetas directamente a nuestra farmacia o mandarnos un fax al 704-536-9812. No se aceptan copias, listas ni transferencias. Si tiene preguntas, llame a la farmacia al 704-943-9639 o al 866-331-1348.

¿Preguntas? Llame al 866-331-1348 o visítenos en www.medassist.org y haga clic en "How to Enroll" (Cómo inscribirse).

Debemos recibir su solicitud y los comprobantes para aprobarlo para el programa. A continuación, encontrará una lista que incluye el tipo de documentos que puede enviar con su solicitud, además de otra información.

Solicitud Llénela y firme su nombre.

Comprobante de la dirección Los ejemplos incluyen: identificación estatal con la dirección actual, factura de servicios públicos o médicos, contrato de alquiler, carta de cupones de alimentos, carta de denegación de Medicaid, carta de denegación de Medicare o cualquier carta emitida por el gobierno. La dirección debe incluir su nombre y coincidir con la que figura en su solicitud.

Los **comprobantes de ingresos actuales** deben tener fecha de los últimos 60 días. Incluya ingresos o prueba de que no tiene ingresos para el cónyuge, si está casado. Las declaraciones anuales deben tener fecha de este año. Incluya todos los documentos que correspondan.

- **Trabajo:** envíe un mes de comprobantes de pago consecutivos con fecha (4 comprobantes de pago si recibe un pago semanal, 2 comprobantes de pago si recibe un pago quincenal, 1 comprobante de pago si recibe un pago mensual). No se aceptan estados de cuenta bancarios.
- **Ingresos por los beneficios de VA (veteranos militares), indemnización laboral, programa Work First, discapacidad de corto plazo, jubilación o pensión:** envíe una declaración mensual o anual para el año en curso.
- **Seguro social:** envíe una declaración del año en curso. Incluya un aviso de adjudicación si recibe beneficios de discapacidad del seguro social (no se aceptan formularios 1099).
- **Manutención infantil:** envíe una declaración con la cantidad actual recibida en el último mes.
- **Beneficios por desempleo:** envíe comprobantes de los beneficios por desempleo de la Employment Security Commission (Comisión de Seguridad Laboral) del último mes.
- Si **trabaja por cuenta propia** o recibe **otros ingresos tributables**, adjunte el Anexo C, D, E o F a su declaración de impuestos 1040.
- Si es residente de un **programa de tratamiento o refugio**, adjunte una carta en la que se declare que vive allí.

Para solicitar cualquiera de los comprobantes de ingresos enumerados a continuación, llámenos o visite nuestra página web en www.medassist.org y haga clic en "How to Enroll" (Cómo inscribirse)

- **Carta de apoyo financiero/declaración de cero ingresos:** si no está trabajando en la actualidad, deberá pedirle a la persona que lo mantiene que firme la carta de apoyo financiero. El apoyo financiero incluye alojamiento y comida o el pago de la renta, servicios públicos, alimentos, etc.
- **Documentación de la falta de vivienda:** llene este formulario si no tiene vivienda ni apoyo o si vive mudándose de un lugar a otro.
- **Formulario de verificación de ingresos:** si no puede obtener recibos de pago, pídale a su empleador que llene el siguiente documento.
- **Formulario de trabajador autónomo:** envíe este formulario si le pagan en efectivo.

Impuestos: No necesita presentar ninguna documentación si no declara impuestos. Incluya los impuestos del cónyuge si está casado. No W-2.

- **1040:** si declara impuestos, incluya las dos páginas del formulario 1040 de su declaración de impuestos federales. Firme y escriba la fecha en su declaración de impuestos. Si **trabaja por cuenta propia** o recibe **otros ingresos tributables**, adjunte el Anexo C, D, E o F a su declaración de impuestos 1040.

¿Preguntas? Llame al 866-331-1348 o visítenos en www.medassist.org y haga clic en "How to Enroll" (Cómo inscribirse).

Complete las páginas 1-3. Firme su nombre en la página 3 y envíe la solicitud con sus comprobantes.
Las instrucciones de la solicitud están en la página anterior.

Información del paciente

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	SSN/ITIN(W-7):	Fecha de nacimiento:
Dirección postal:		Ciudad:	Estado: NC	Código postal:
Condado en Carolina del Norte		N.º de teléfono primario:	Nombre y número de tel. del contacto de emergencia:	
Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario		Dirección de correo electrónico:		
Nombre del profesional de la salud/médico y número de teléfono:			Idioma principal (aparte del inglés):	
Enumere las alergias a medicamentos que tenga:			Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Bi-racial o multirracial <input type="checkbox"/> Otro:			Número de personas en el grupo familiar (usted incluido): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 Otro:	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No Hispano/latino			¿Cómo se enteró del programa?	
Compruebe si tiene alguno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Parte D <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicaid solo de Planificación Familiar			Si corresponde, escriba el nombre del centro de inscripción o punto de entrada patrocinador (escriba el código del centro):	
¿Tienes problemas con el consumo de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si contesto si, le interesa recibir ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Usa tabaco (fuma, cigarrillos electrónicos, masticado)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si contesto si, le interesa dejar el uso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Ingresos del paciente

Enumere y adjunte todos los ingresos del hogar:		Adjunte un comprobante de ingresos o de no ingresos:
Salario/sueldo	\$ _____	Lea las instrucciones de la solicitud para encontrar una lista de los documentos de ingresos aprobados que puede enviar con su solicitud. Incluya los ingresos del cónyuge si está casado. Los comprobantes de ingresos deben tener fecha de los últimos 60 días. Las declaraciones anuales deben tener fecha de este año. ¿Presentó impuestos este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Discapacidad	\$ _____	
Pensión alimenticia/manutención infantil	\$ _____	
Seguro social	\$ _____	
Pensión/jubilación	\$ _____	
Desempleo/indemnización laboral	\$ _____	
Ingresos brutos mensuales	\$ _____	
Ingresos brutos anuales totales	\$ _____	

A continuación, encontrará una encuesta de salud que debe presentar con su solicitud. La información que recopilamos de estas encuestas nos ayuda a conseguir fondos para NC MedAssist y a seguir dándole los medicamentos que necesita sin ningún costo. Las respuestas nos permiten evaluar cómo este servicio mejora su salud y calidad de vida. Responda las preguntas lo mejor que pueda marcando las casillas, sombreándolas o encerrando las respuestas en un círculo.

Sección I. Salud física

1. Medicamentos recetados
 - a. ¿Está tomando todos los medicamentos como se lo indicó el médico?
 Sí No
 - b. ¿No toma algunos medicamentos porque no puede permitirse?
 Sí No A veces
2. En el último año, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias porque no podía tomar sus medicamentos diarios?
_____ veces
3. En el último año, ¿cuántas veces ha pasado la noche en el hospital (_____noches) o en un centro para personas mayores o discapacitadas (_____noches) porque no puede tomar sus medicamentos diarios?
4. ¿Cómo calificaría su estado de salud actual?
1 – Deficiente 2 – Regular 3 – Bueno 4 – Muy bueno 5 – Excelente
5. En el último año, ¿se limitaron sus actividades de salud física debido a problemas de salud? Si la respuesta es sí, ¿qué tanto?
1 – Nada 2 – Un poco 3 – Un tanto 4 – Bastante 5 – Mucho
6. En el último año, ¿tuvo dolor, falta de aire, dolores de cabeza o debilidad por no haber podido tomar sus medicamentos? Si la respuesta es sí, ¿qué tanto?
1 – Nada 2 – Un poco 3 – Un tanto 4 – Bastante 5 – Mucho

Sección II. Finanzas y empleo

7. ¿Trabaja actualmente?
 Sí, empleado a tiempo completo Sí, empleado a tiempo parcial Sí, trabajador autónomo
 No, jubilado No, discapacitado/incapacitado para trabajar No, otro: _____
- Si la respuesta es sí,
 - a. ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____
 - b. ¿Cómo calificaría su capacidad para mantener un trabajo?
1 – Deficiente 2 – Regular 3 – Buena 4 – Muy buena 5 – Excelente
 - c. ¿Cómo calificaría su asistencia al trabajo?
1 – Deficiente 2 – Regular 3 – Buena 4 – Muy buena 5 – Excelente
 - d. ¿Cómo calificaría su desempeño en el trabajo?
1 – Deficiente 2 – Regular 3 – Bueno 4 – Muy bueno 5 – Excelente
8. ¿Tiene dificultades para comprar comida, obtener transporte o pagar otras facturas?
1 – Ninguna 2 – Un poco 3 – Un tanto 4 – Bastante 5 – Mucho
9. Debido a que tengo que pagar mis medicamentos, no he podido pagar (marque todo lo que corresponda):
10.
 Alimentos Gastos básicos de subsistencia (alquiler, servicios públicos, facturas)
 Dinero en una cuenta de ahorros Un pago del automóvil para el transporte
 Otras facturas Otros (indique): _____

Sección III. Salud social y emocional

11. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en este momento (es decir, su bienestar emocional, satisfacción con la vida o felicidad)?

1 – Deficiente 2 – Regular 3 – Buena 4 – Muy buena 5 – Excelente

12. En el último año, ¿en qué medida lo han afligido problemas emocionales (como sentirse ansioso, deprimido o irritable) porque no puede pagar sus medicamentos?

1 – Nada 2 – Un poco 3 – Un tanto 4 – Bastante 5 – Mucho

13. En el último año, debido a su salud emocional, ¿en qué medida se ha aislado (por ejemplo, disminuyendo las actividades sociales con la familia y los amigos, no saliendo ni haciendo actividades)?

1 – Nada 2 – Un poco 3 – Un tanto 4 – Bastante 5 – Mucho

14. En el último año, debido a su salud emocional, ¿en qué medida se ha visto afectada su rutina diaria (por ejemplo, no puede realizar sus tareas y actividades habituales en casa o en el trabajo)?

1 – Nada 2 – Un poco 3 – Un tanto 4 – Bastante 5 – Mucho

Sección IV. Preguntas abiertas

15. ¿Está actualmente inscrito en algún otro programa o servicio de ayuda para la salud física, la salud emocional o los problemas financieros?

Sí No

Si la respuesta es sí, enumérelas: _____

16. Entendemos las dificultades que debe estar enfrentando y nos encantaría saber qué lo trajo hasta NC MedAssist (opcional).

Acuerdo, divulgación y liberación del solicitante

Declaro que la información que he dado en esta solicitud de inscripción es exacta y verdadera. También entiendo que, aunque se apruebe mi solicitud, los servicios no están garantizados. Al firmar esta solicitud, libero a NC MedAssist, sus empresas farmacéuticas afiliadas y cualquier agencia pública o privada o patrocinadores financieros y sus agentes, de cualquier y de todas las demandas de responsabilidad en contrato o agravio que surjan de las acciones de NC MedAssist, sus agentes, empleados o puntos de entrada (POE) en la prestación de servicios o relacionadas con los servicios que recibo de NC MedAssist. Doy mi consentimiento al Departamento de Servicios Sociales (DSS) y al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) para que informen a NC MedAssist del estado de una solicitud pendiente de Medicaid. **Notificaré de inmediato a NC MedAssist si adquiero elegibilidad para recibir beneficios de Medicare, Medicaid, VA o un seguro privado, o si mis ingresos cambian.** También doy mi consentimiento a NC MedAssist para divulgar mi información de salud a sus afiliados (es decir, las auditorías de las empresas farmacéuticas) en lo que respecta a todas las leyes y los reglamentos federales, estatales y locales, y los fines directamente relacionados con la administración de los programas y los subsidios de NC MedAssist. He recibido el aviso de prácticas de privacidad de NC MedAssist. Doy mi permiso a NC MedAssist para que firme mi nombre en los documentos de los programas de asistencia para el paciente cuando sea necesario.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Patient ID _____	Solo para uso de la oficina		
Date Entered _____	Temp Date _____	Recert Date _____	POE _____
NC MedAssist Employee Signature _____	Date _____		