

## 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](mailto:info@medassist.org)  
[www.medassist.org](http://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 elegibles; que tienen bajos ingresos y no cuentan con seguro médico.

### 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 2025    |                    |                  |
|----------------------------------|--------------------|------------------|
| Número de personas en el hogar   | Ingresos mensuales | Ingresos anuales |
| 1                                | \$3,912            | \$46,950         |
| 2                                | \$5,287            | \$63,450         |
| 3                                | \$6,662            | \$79,950         |
| 4                                | \$8,037            | \$96,450         |
| 5                                | \$9,412            | \$112,950        |
| 6                                | \$10,787           | \$129,450        |
| 7                                | \$12,162           | \$145,950        |
| Por cada persona adicional, sume | \$1,375            | \$16,500         |

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

1. Haga la solicitud en línea. Visite [www.medassist.org](http://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](mailto: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](http://www.medassist.org) y haga clic en "How to Enroll" (Cómo inscribirse).**

**Debemos recibir su solicitud y los comprobantes para aprobarlo para el programa. Si solo mandas la solicitud, solo te inscribiremos por 60 días. 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.
- **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.
- **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.

Para solicitar cualquiera de los comprobantes de ingresos enumerados a continuación, llámenos o visite nuestra página web en [www.medassist.org](http://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.
- Si es residente de un **programa de tratamiento o refugio**, adjunte una carta en la que se declare que vive allí.

**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](http://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:<br><b>NC</b> | Código postal:       |
| Condado en Carolina del Norte:                 | N.º de teléfono primario:   | Nombre y número de tel. del contacto de emergencia: |                      |                      |
| Enumere las alergias a medicamentos que tenga: |                             | Dirección de correo electrónico:                    |                      |                      |

### Demografía

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Marca todo lo que aplique: <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> LGBTQIA+ <input type="checkbox"/> Familia veterano o militar<br><input type="checkbox"/> Involucrado/a en el sistema de justicia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Idioma principal (aparte del inglés): <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Hindi<br><input type="checkbox"/> Telugu <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Tamil <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otro: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No-binario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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<br><input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Bi-racial o multirracial <input type="checkbox"/> Otro:                                                                                                                                                                                                                 | Número de personas en el grupo familiar (usted incluido):<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4<br><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Otro: |
| Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/latino<br><input type="checkbox"/> No Hispano/latino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ¿Cómo se enteró del programa? <input type="checkbox"/> Doctor/a / Clínica / Hospital<br><input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Amigo/Familia <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Otro:                                                       |
| Compruebe si tiene alguno de los siguientes:<br><input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Parte D <input type="checkbox"/> Medicaid<br><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<br>¿Si contesto si, le interesa recibir ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ¿Usa tabaco (fuma, cigarrillos electrónicos, masticado)?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>¿Si contesto si, le interesa dejar el uso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                              |

### Ingresos del paciente

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Enumere y adjunte todos los ingresos del hogar:</b><br><br>Salario/sueldo \$ _____<br>Discapacidad \$ _____<br>Pensión alimenticia/manutención infantil \$ _____<br>Seguro social \$ _____<br>Pensión/jubilación \$ _____<br>Desempleo/indemnización laboral \$ _____<br><b>Ingresos brutos mensuales</b> \$ _____<br><br><b>Ingresos brutos anuales totales</b> \$ _____ | <b>Adjunte un comprobante de ingresos o de no ingresos:</b><br>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.<br><br>Los comprobantes de ingresos deben tener fecha de los últimos 60 días. Las declaraciones anuales deben tener fecha de este año.<br><br>¿Presentó impuestos este año?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 costearlos?  
☐ Sí      ☐ No      ☐ A veces
2. En el último año, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias? \_\_\_\_\_ veces
3. En el último año, ¿cuántas veces ha pasado la noche en el hospital? \_\_\_\_\_ noches
4. ¿Cómo calificaría su estado de salud actual?  
1 – Mala      2 – Regular      3 – Buena      4 – Muy buena      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 – Algo      4 – Bastante      5 – Extremadamente

### **Sección II. Finanzas y empleo**

6. ¿Actualmente está empleado/a?  
☐ Sí      ☐ No  
Si la respuesta es sí,
  - a. ¿Cuántas horas trabaja por semana? \_\_\_\_\_
7. ¿Qué tanto le cuesta cubrir sus gastos básicos (por ejemplo: comida, vivienda, transporte, cuentas)?  
1 – Nada      2 – Un poco      3 – Algo      4 – Bastante      5 – Extremadamente

### **Sección III. Salud social y emocional**

8. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en este momento (es decir, su bienestar emocional, satisfacción con la vida o felicidad)?  
1 - Mala    2 - Regular    3 - Buena    4 - Muy buena    5 – Excelente
9. En el último año, ¿qué tanto le han afectado emocionalmente problemas como ansiedad, depresión, aislamiento o irritabilidad porque no puede pagar sus medicamentos?  
1 – Nada      2 – Un poco      3 – Algo      4 – Bastante      5 – Mucho
10. En el último año, ¿qué tanto se ha visto afectada su rutina diaria (por ejemplo: no poder realizar sus tareas o actividades habituales en el hogar y/o en el trabajo)?  
1 – Nada      2 – Un poco      3 – Algo      4 – Bastante      5 – Mucho

**Sección IV. Preguntas Generales (Opcional)**

11. Debido a que necesito pagar mis medicamentos, no he podido pagar: (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Comestibles (alimentos)
- ☐ Gastos básicos (alquiler, utilidades, servicios)
- ☐ Dinero en una cuenta de ahorros
- ☐ El pago de un carro o transporte
- ☐ Otras cuentas
- ☐ Otros (por favor especifique): \_\_\_\_\_

**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. Por este medio autorizo a NC MedAssist y a sus representantes a usar un sistema electrónico de verificación de ingresos manejado por otra compañía. Este sistema se usará para revisar los ingresos de mi hogar y mi dirección con el fin de saber si califico para recibir ayuda. 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 _____                                               | <i>Solo para uso de la oficina</i> |
| Date Entered _____ Temp Date _____ Recert Date _____ POE _____ |                                    |
| NC MedAssist Employee Signature _____ Date _____               |                                    |