



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 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 2026		
Número de personas en el hogar	Ingresos mensuales	Ingresos anuales
1	\$3,990	\$47,880
2	\$5,410	\$64,920
3	\$6,830	\$81,960
4	\$8,250	\$99,000
5	\$9,670	\$116,040
6	\$11,090	\$133,080
7	\$12,510	\$150,120
Por cada persona adicional, sume	\$1,420	\$17,040

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.

TENGA EN CUENTA: Puede que necesitemos más documentos para algunos medicamentos.

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 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



Solicitud para el Programa de Farmacia Gratuita

4428 Taggart Creek Rd
Suite 101
Charlotte, NC 28208
Número gratuito:
866.331.1348
Local: 704.536.1790
Fax: 704.536.9865
www.medassist.org

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:		
Enumere las alergias a medicamentos que tenga:		Dirección de correo electrónico:		

Demografía

Marca todo lo que aplique: ☐ Discapacitado ☐ LGBTQIA+ ☐ Familia veterano o militar ☐ Involucrado/a en el sistema de justicia	
Idioma principal (aparte del inglés): ☐ Español ☐ Chino ☐ Francés ☐ Árabe ☐ Vietnamita ☐ Alemán ☐ Hindi ☐ Telugu ☐ Ruso ☐ Coreano ☐ Portugués ☐ Tamil ☐ Hmong ☐ Tagalo ☐ Otro:	
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No-binario	Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado
Origen étnico: ☐ Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo americano ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Bi-racial o multirracial ☐ Otro:	Número de personas en el grupo familiar (usted incluido): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ Otro:
Origen étnico: ☐ Hispano/latino ☐ No Hispano/latino	¿Cómo se enteró del programa? ☐ Doctor/a / Clínica / Hospital ☐ Folleto ☐ Amigo/Familia ☐ Facebook ☐ Evento ☐ Otro:
Compruebe si tiene alguno de los siguientes: ☐ Seguro médico ☐ Medicare ☐ Medicare Parte D ☐ Medicaid ☐ 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? ☐ Sí ☐ No ¿Si contesto si, le interesa recibir ayuda? ☐ Sí ☐ No	¿Usa tabaco (fuma, cigarrillos electrónicos, masticado)? ☐ Sí ☐ No ¿Si contesto si, le interesa dejar el uso? ☐ Sí ☐ 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.
Discapacidad \$ _____	Los comprobantes de ingresos deben tener fecha de los últimos 60 días. Las declaraciones anuales deben tener fecha de este año.
Pensión alimenticia/manutención infantil \$ _____	¿Presentó impuestos este año?
Seguro social \$ _____	☐ Sí ☐ No
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.

Office Use Only - Patient ID: _____

Página 1 de 3 de la solicitud

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 _____

Solo para uso de la oficina

Date Entered _____ Recertification Date _____ POE _____

NC MedAssist Employee Signature _____ Date _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

En NC MedAssist, su privacidad es muy importante para nosotros. Este aviso explica qué información recogemos, cómo la usamos y cómo la protegemos.

Qué Recogemos

Para brindarle medicamentos recetados gratuitos, podemos necesitar:

- Comprobante de ingresos (ejemplos: declaración de impuestos, talones de pago, carta del Seguro Social o carta de apoyo)
- Recetas escritas por su proveedor de salud
- Datos personales básicos como su nombre, fecha de nacimiento, género, dirección y número de teléfono
- Una fotografía o una breve biografía, si es necesaria para identificación o fines del programa

También podemos pedirle que complete una encuesta de salud. Estas encuestas **no** piden su nombre ni detalles personales. Solo se usan para medir cómo nuestros servicios ayudan a la comunidad.

Cómo Usamos Su Información

- NC MedAssist trabaja con muchas compañías farmacéuticas, cada una con sus propias reglas del programa.
- Su archivo puede ser revisado (auditado) por estas compañías para asegurarse de que seguimos sus requisitos.
- Estas revisiones son necesarias para poder darle medicamentos gratuitos.

Su Información Nunca Se Vende ni Se Comparte para Marketing

Nosotros nunca venderemos ni compartiremos su información personal. Tampoco compartiremos su información personal identificable ni su información médica protegida (PHI) con organizaciones externas, incluidas, pero no limitadas a:

- Agencias del gobierno
- Donantes o fundaciones
- Empresas de mercadeo o medios de comunicación

Su información solo se usa para ayudarlo a recibir sus medicamentos y para cumplir con los requisitos del programa.

Contacto Ocasional

En ocasiones, podemos preguntarle si desea compartir su historia o testimonio sobre su experiencia. Decir "sí" o "no" es completamente su decisión, y su atención médica no se verá afectada.

¿Preguntas?

Si tiene preguntas sobre cómo se usa su información, llámenos al 704-536-1790.