

El Programa Asistencia Farmacéutica Shannon brinda asistencia a pacientes que no tienen seguro o que no tienen cobertura en su plan de seguro para medicamentos. Nuestra meta es proveer medicamentos a un costo mínimo para pacientes con condiciones crónicas que califiquen para que puedan experimentar una mejor salud en general y prevenir futuros eventos de asistencia medica o admisiones.

Se requiere una solicitud completa y documentación financiera de cada individuo que pretenda asistencia. Toda la documentación debe ser recibida antes de que podamos determinar si califica para el programa.

La documentación requerida incluye:

1. Solicitud completa
2. Copia de las Directrices del Programa de Asistencia Farmacéutica
3. Liberación de Información
4. Lista de todos medicamentos actuales
5. Copia de la Licencia de Conducir o cualquier otra identificación con foto y dirección del solicitante.
6. Copia de la tarjeta de Seguro Social del solicitante
7. Copia de Prueba de Ingresos del solicitante (Favor de consultar los Requisitos de Ingreso en la pagina 3. Queremos una copia de su estado de cuenta del Seguro Social y no aceptamos copias de estados de cuenta bancarios.)

Recuerde: Todos los documentos requeridos deben de acompañar su solicitud. Todos los individuos que vivan en la misma casa deben proveer prueba de ingresos. Una solicitud incompleta será puesta en “espera” hasta que todos los documentos sean provistos.

Si usted tiene cobertura de un tercer partido tal como seguro privado con cobertura para medicamentos, Medicaid o Medicare Parte D, usted no es elegible para solicitar el Programa de Asistencia Farmacéutica Shannon.

Por favor, sienta la libertad de contactar nuestras oficinas si tiene preguntas acerca del proceso de solicitud o las directrices de calificación.

Programa de Asistencia Farmaceutica Shannon

Abierto: Lunes – Jueves

8:00 a.m. a 12:00 p.m.

1:00 p.m. a 4:00 p.m.

(325) 657-8323

119 E. Beauregard, Suite B

San Angelo, TX 76905

Requisitos de Ingresos

Los siguientes documentos son requeridos para la verificación de ingresos para poder determinar la calificación para nuestro programa:

Salario/Sueldos y/o Sueldos de Medio Tiempo: Copia *completa* (no solamente W-2) de la declaración de impuestos sobre el ingreso personal mas reciente. Si usted no declara sus impuestos sobre el ingreso personal y esta empleado, por favor entregue una declaración de sus ingresos netos mensuales de parte de su empleador en una hoja membretada, o copias de tres meses de talonarios de cheques de empleo. Si usted trabaja para si mismo, por favor escriba una carta declarando su ingreso mensual. Si usted no hizo su declaración de impuestos para el 15 de Abril, por favor traiga una copia de la Aprobación de su Extensión.

Carta de Apoyo/No hay ingresos en el hogar/Indigente: Si usted esta recibiendo apoyo económico de familia y amigos (que no vivan en el mismo hogar que usted), por favor complete esta forma provista por nuestra oficina. Si usted es indigente, sin residencia, por favor provea una carta de algún refugio de esa área verificando su estatus o una declaración notariada que documente su situación de vivienda.

Seguro Social, Incapacidad del SS, y SS Suplementario: Copia del estado de cuenta del Seguro Social mas reciente. Si usted recibe pagos del SS a través de deposito directo, la oficina local del Seguro Social le puede imprimir esto. El estado de cuenta debe incluir la cantidad que usted recibe mensualmente por el año en curso. (Nota: Este no es el estado de cuenta que usted recibe a fin de año parecido a la forma W-2.) Si usted ha solicitado Incapacidad y todavía no ha recibido beneficios, necesitamos una copia de la fecha de su audiencia o copia de su solicitud de beneficios por Incapacidad.

Aprobación/Denegación de Ayuda Extra con los costos de medicinas recetadas con Medicare: Si usted tiene Medicare y ha solicitado asistencia del Subsidio de Bajos Ingresos a través de la oficina del Seguro Social, requerimos una declaración de su aprobación/denegación para archivar junto con su solicitud. Si usted es mayor de 65 años de edad, la mayoría de las compañías farmacéuticas requieren esto para otorgar asistencia. Si usted no ha solicitado este beneficio, por favor pregúntele a un asociado de la farmacia o a la Oficina del Seguro Social como aplicar.

Jubilación: Copia del Estado de Cuenta de Jubilación mas reciente listando su ingreso mensual.

Asistencia a Veteranos: Copia del Estado de Cuenta de su Pensión mas reciente listando su beneficio mensual. Si usted es un paciente que recibe beneficios de Veteranos (VA), lo mas probable es que no califique para el Programa de Asistencia Farmacéutica, ya que las clínicas VA le dan las medicinas a un costo mínimo. Si su medicamento no esta cubierto por el VA, necesitamos documentación diciendo que el medicamento no esta cubierto.

Manutención/Pensión Alimenticia: Copia del estado de cuenta de la Oficina del Fiscal General de Texas mas reciente.

Asistencia de HUD: Copia de la Carta de Verificación de la Oficina de HUD declarando su pago de hipoteca/renta mensual y la contribución mensual de HUD.

Estampillas de Comida/Asistencia Publica TANF: Copia del Estado de Cuenta del Departamento de Salud de Texas y la Oficina de Servicios Humanos mas reciente declarando la asistencia mensual para comida y TANF.

Compensacion al Obrero: Copia del Estado de Cuenta de Compensación al Obrero mas reciente declarando la lesión, fecha de la lesión y cualquier responsabilidad de la compañía de pagar por medicamentos o cuentas médicas de esa lesión en particular.

Beneficios de Desempleo: Copia del Estado de Cuenta de la Oficina del Desempleo mas reciente declarando el beneficio mensual y el periodo de tiempo que lo recibirá.

Por favor recuerde: Se requiere que los pacientes notifiquen al personal de PAP de cualquier cambio en sus ingresos o el estatus de su seguro. El PAP requiere documentación de ingresos de cada persona en el hogar. Copias del Estado de Cuenta del Banco no serán aceptadas.

Servicios Empresariales Shannon, Inc.
Programa de Asistencia Farmacéutica

Autorización para Divulgación de Información

Divulgar información del record del Programa de Asistencia de Farmacia de:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No. de Seguro Social: _____ Numero(s) de Teléfono: _____

Yo autorizo a los Servicios Empresariales de Shannon, Inc. Programa de Asistencia Farmacéutica a divulgar información requerida a cualquier compañía farmacéutica para asegurar que mi solicitud para el programa de asistencia del fabricante este completa. El propósito de esta divulgación es el de asegurar asistencia al proveer medicamentos a pacientes de bajos recursos.

La información a divulgar esta contenida en los records guardados por el Programa de Asistencia Farmacéutica. Entiendo que información específica que se divulgue puede incluir historial de tratamientos de drogas, alcohol o salud mental o información concerniente a enfermedades contagiosas tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Además, autorizo a los Servicios Empresariales de Shannon, Inc. Programa de Asistencia Farmacéutica a hablar de mis historial medico y medicamentos con las personas especificadas a continuación:

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento en la medida en que acción haya sido tomada en dependencia de ella. Esta autorización caduca a un año de la fecha de mi firma o de otra manera como se especifique a continuación.

Firma del Paciente o Representante Legal

Relación

Fecha

Directrices del Programa de Asistencia Farmacéutica

1. La Solicitud entera (formulario de admisión) debe ser completada antes de que podamos ayudarle con cualquier medicamento.
2. Se requieren recetas para todos los medicamentos. Su doctor puede llamar o mandar la receta por fax, o usted puede traer una receta escrita cuando ordene sus medicamentos. Si usted no tiene una receta actual, o rellenos disponibles, no podrá recoger su medicamento.
3. Nosotros solo seremos responsables de ordenar los medicamentos tal como aparecen en su formulario de admisión . Es su responsabilidad asegurarse de que la información en su formulario de admisión este correcta. Usted debe notificar al personal de PAP de cambios en su ingreso, tamaño de su hogar, o estatus de su seguro.
4. Usted debe llamar a la Farmacia de PAP para ordenar su medicamento(s). Para rellenos, debe llamar 7 días antes de que se le acabe su medicamento. Si usted no llama con anticipación para rellenar su receta, a lo mejor no tengamos su medicamento disponible o puede que usted tenga que comprar el medicamento en una farmacia de menudeo al precio regular. El teléfono de la Farmacia de PAP es (325) 657-8323.
5. Las horas del Programa de Asistencia Farmacéutica son de lunes a viernes de 8 a.m. a mediodía y de 1 p.m. a 4 p.m.
6. Solo podemos proveer servicio a pacientes elegibles y a aquellos pacientes que cumplan con las directrices del programa. Apreciamos su cooperación. Por favor, sea considerado y respetuoso con otros pacientes y con empleados de PAP.
7. El Programa Asistencia Farmacéutica Shannon cobrará una tarifa administrativa además del costo del medicamento.
8. Por favor contacte al PAP con cualquier pregunta, queja o preocupación para que podamos ayudarle mejor. La Farmacia Shannon no esta asociada con este programa y no puede ayudarle con estos asuntos.

He leído y estoy de acuerdo en seguir las Directrices del Programa Farmacéutico Shannon. El seguir estas directrices es importante para mantener la elegibilidad al programa y asegurarme de que sea capaz de recibir los medicamentos aprobados oportunamente.

Firma del Paciente o Representante Legal
(Por favor provea una copia del Poder Legal)

Fecha

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Doc. No. 2104248 A.3

La solicitud de Admisión debe ser completada en su totalidad antes de que podamos ayudarle con cualquier medicamento.

Fecha: _____

de Seguro Social _____ No. de Licencia de Conducir _____

de Solicitante de Indigente del Condado Tom Green _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ M/F

Dirección Física y de Correo _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

de Teléfono durante el día _____ # de Celular _____

Fecha de Nacimiento del Paciente ___ / ___ / ___ Raza (Opcional) _____ Residente de E.U.? Si No

Estado Civil (encierre uno) Casado Divorciado Separado Viudo(a) Soltero

de Seguro Social de su cónyuge _____

Estatus de Empleo (encierre uno) Empleado Desempleado Incapacitado Jubilado Despedido

Empleador _____ Position de Trabajo: _____

Tiene el mismo empleador que aparece en su Declaración de Impuestos sobre sus Ingresos? Si No

Empleador de su Conyuge _____ Posicion de Trabajo _____

Tiene el mismo empleador que aparece en su Declaración de Impuestos sobre sus Ingresos? Si No

MEDICO

Tiene usted MEDICAID? SI ___ NO ___
 Tiene usted MEDICARE? SI ___ NO ___
 Ha solicitado Ayuda Extra del Subsidio para Bajos Recursos? SI ___ NO ___
 Tiene usted seguro medico privado? SI ___ NO ___
 Tiene beneficios de Veterano? SI ___ NO ___

RECETA

Medicamentos con MEDICAID? SI ___ NO ___
 Medicamentos con MEDICARE? SI ___ NO ___
 Cobertura de medicamentos? SI ___ NO ___
 Esta usted incapacitado legalmente? SI ___ NO ___
 MEDICAID QMB? SI ___ NO ___
 MEDICARE Parte D? SI ___ NO ___

Liste a todas las personas que viven en su hogar

NOMBRE RELACION FECHA DE NACIMIENTO

Alergias a algún Medicamento: _____

Centro Medico Shannon

**POR FAVOR ANOTE SUS INGRESOS Y GASTOS MENSUALES EN LOS ESPACIOS DE ABAJO
POR FAVOR INCLUYA LAS CANTIDADES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA RESIDENCIA
EL PACIENTE VA A SUPLIR PRUEBA DE INGRESOS PARA CADA ARTICULO EN LA SECCIÓN DE INGRESOS**

INGRESO MENSUAL

SALARIO/SUELDO _____
PENSIÓN ALIMENTICIA _____
MANUTENCIÓN _____
(Que recibe)
TANF _____
HUD _____
ESTAMPILLAS DE COMIDA _____

INGRESOS DEL SS _____
INCAPACIDAD DE SS _____
COMPENSACIÓN AL _____
OBRERO _____
DESEMPLEO _____
JUBILACIÓN _____
PENSIÓN/VA _____
INGRESO DE RENTAS _____

RECURSOS

DINERO EN EL BANCO _____
AHORROS _____
PROPIEDADES (Aparte de _____
donde usted vive)
CARROS (MOD./AÑO) _____
ACCIONES/FIANZAS/IRA'S _____
OTRO _____

GASTOS DE VIVIENDA MENSUAL

HIPOTECA _____
RENTA _____
LUZ/AGUA _____
GAS DEL CARRO _____

SEGURO DE CASA _____
SEGURO DE CARRO _____
CUIDADO DE NIÑOS _____
MANUTENCIÓN (Pago) _____

IMPUESTOS PREDIAL _____
CABLE/SATÉLITE _____
TELÉFONO/CELULAR _____
OTROS GASTOS _____

GASTOS MÉDICOS MENSUALES

CUOTAS MEDICAS _____
CUOTAS DE DOCTOR _____

MEDICAMENTOS _____
DENTAL _____

VISIÓN _____

Persona de Contacto además de los miembros de su hogar _____

Relación _____ No. de Teléfono _____

El Centro Medico Shannon en fomento de la misión de proveer asistencia medica, participa en un programa con compañías farmacéuticas, el cual ofrece asistencia al proveer medicamentos a pacientes de bajos recursos/sin seguro que reúnen ciertos estándares. Muy a menudo, las compañías farmacéuticas requieren información personal, demográfica, diagnostica, terapéutica y económica como parte del proceso de admisión. Es posible que se requiera su firma en la solicitud.

Para su conveniencia solicitamos su permiso para tener acceso y proveer la información medica/económica necesaria a la compañía farmacéutica y para firmar cualquier formulario como su agente.

Al firmar esta carta, usted autoriza al Centro Medico Shannon a firmar cualquier y todo formulario y solicitud en su representación y a tener acceso y divulgar cualquier información personal, demográfica, diagnostica, terapéutica, y/o económica que se requiera relacionada a la solicitud a los programas de asistencia farmacéutica. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento al contactar al Programa de Asistencia de Medicamentos del Centro Medico Shannon. Además, al firmar esta carta, usted da fe de que la información que usted ha provisto es verdadera y certera y que cualquier cambio en sus ingresos o estatus de seguro medico será reportado a Shannon PAP inmediatamente.

Paciente o Representante Legal
(Por favor provea un Poder Legal)

Fecha/Hora

Imprima su Nombre

Verificado por (técnico) Fecha/Hora

