
APLICACIÓN DE ASISTENCIA DE SUMINISTROS Y SERVICIOS DE SOPORTE

INSTRUCCIONES: La Fundación de Diabetes (DF) ayuda a los residentes de Nueva Jersey sin seguro y con seguro incapacidad para pagar los suministros para la diabetes debido a dificultades financieras. El Programa de Asistencia de Suministros de DF es un servicio de emergencia que se proporcionará durante un máximo de sesenta días para cerrar la brecha hasta que se pueda obtener una solución a largo plazo. DF también mantiene una red de apoyo gratuita, que está disponible para abastecer a los beneficiarios y otras personas que puedan tener preguntas o necesiten recursos continuos para obtener prescripciones, atención médica, control diario de la diabetes y más. El DF reserva el derecho de contactarlo con preguntas de seguimiento antes de que se apruebe la aplicación. El procesamiento de las aplicaciones se lleva a cabo L-V 9-5. **Una vez aprobado, la entrega a la puerta de un participante tarda de 4a 7 días. Si necesita ayuda para llenar esta aplicación, llame al (201) 444-0337.**

REQUISITOS DE APLICACIÓN:

- Un documento que muestre un comprobante de domicilio (es decir, copia de la licencia de conducir, factura de servicios públicos, factura telefónica, factura, hoja de la cara del hospital, etc.).
- Los aplicantes deben ser residentes del estado de Nueva Jersey para recibir asistencia.
- Un documento que muestre prueba de necesidad (es decir, documentación de desempleo, declaración de impuestos que no cita seguro, carta del profesional de la salud que explique la necesidad, etc.).
- Prescripciones requeridas para jeringas, agujas de pluma, cápsulas Omnipod, sensores Freestyle Libre y transmisores y sensores Dexcom- copias son aceptables.
- Las prescripciones DEBEN estar escritas por una cantidad de 2 meses o 60 días y fechadas dentro de las últimas 3 semanas de la presentación de la aplicación.
- Copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) de seguro del aplicante si actualmente poseen seguro privado/del empleador, seguro de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, Medicare, Medicaid, etc. (NOTA: Esto no descalifica al aplicante del programa)

Las aplicaciones incompletas se mantendrán hasta que se hayan proporcionado todos los documentos requeridos

- Cada aplicación se revisará caso por caso para que DF pueda determinar la forma más efectiva de ayudar al aplicante a corto y largo plazo. En algunas situaciones, las aplicaciones pueden considerarse mejor calificadas para hablar directamente con uno de nuestros especialistas en Soluciones de Recursos para la Diabetes antes to recepción de suministros.



Aplicaciones y Prescripciones se puede enviar a través de::

Fax: (201) 444-5580 | Mail:

Diabetes Foundation

411 Hackensack Avenue, Floor 7

Hackensack, NJ 07601

¿Preguntas? Teléfono: (201) 444-0337 Web: www.diabetesfoundationinc.org

APLICACIÓN DE ASISTENCIA DE SUMINISTROS Y SERVICIOS DE SOPORTE

REQUISITOS DE APLICACIÓN:

A continuación se muestra la lista de suministro preferido de DF. Si su paciente no puede usar los siguientes elementos, le recomendamos que aún presente su aplicación.

Tiras de Prueba:

- Arkray Glucocard Vital
- Arkray Glucocard Expression
- ReliOn Prime
- ReliOn Premier
- Contour Next
- GenUltimate (compatible con OneTouch Ultra, Ultra 2 y UltraMini)
- One Touch Verio
- Accu-chek Guide
- Accu-chek Smartview
- FreeStyle Lite
- FreeStyle
- True Metrix

Jeringas de insulina/agujas de pluma:

- BD Jeringas
- BD Ultra-Fine Agujas de pluma

Cápsulas/Sensores:

- Omnipod Cápsulas (receptor no incluido)
- Dexcom Transmisor and Sensores (receptor no incluido)
- Abbott FreeStyle Libre Sensores (receptor no incluido)

Otro:

- Microlet Lancetas
- Lancetas Generales
- Dispositivo de punción
- Hisopos con alcohol

REQUISITOS DE PRESCRIPCIÓN:

- Asegúrese de escribir prescripciones para un suministro de 60 días o 2 meses para que DF pueda proporcionar 2 meses de asistencia de suministro.
- El centro médico puede enviar prescripciones por fax directamente to 201-444-5580.
- Se aceptan fotos y copias de las prescripciones.
- Asegúrese de que las prescripciones estén actualizadas; no aceptaremos prescripciones pasadas las 3 semanas de la fecha escritas por el médico.

APLICACIÓN DE ASISTENCIA DE SUMINISTROS Y SERVICIOS DE SOPORTE

Todas las preguntas con * son obligatorias. La aplicación no puede ser aprobada de otra manera.

Fecha: _____

1A. INFORMACIÓN DEL APLICANTE

*Nombre del Aplicante: _____

*Género: Masculino Femenino Hombre Transgénero Mujer Transgénero Prefiere no responder

Otro: _____

*Dirección principal: _____ Apt. #: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código Postal: _____

*Condado: _____

*Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Número de teléfono residencial: ____ - ____ - ____ *Número de teléfono móvil: ____ - ____ - ____

Correo electrónico: _____

*Raza: Afroamericano/Negro Hawaiano Nativo/isleño del Pacífico Caucásico/Blanco

Asiático

Indio Americano o Nativo de Alaska Hispánico Latino Otro _____

*Origen étnico: Hispanos/Latinos No Hispanos/Latinos Inseguro

*Ciudadanía: *Tenga en cuenta: El estado de ciudadanía no descalifica la elegibilidad de nuestro programa; sin embargo, nos permite ayudarlo mejor a encontrar asistencia a largo plazo.*

Ciudadano estadounidense Residente Permanente Ciudadano Temporal Indocumentado

*¿Cuál es el nivel de educación más alto del aplicante? Menos que la escuela secundaria

Alguna escuela secundaria Escuela Secundaria/GED Alguna universidad

Asociado Bachiller/Lincenciatura Maestría Doctorado Otro: _____

*Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

*Nombre del contacto si no es el aplicante:

Nombre/Relación: _____ *Teléfono móvil: ____ - ____ - ____

¿Cuál es el ingreso familiar promedio?

Debajo \$15,000 \$15,000-24,999 \$25,000-34,999 \$35,000-39,999 \$50,000-74,999

\$75,000-99,999 \$100,000-149,999 \$150,000-199,999 \$200,000 y más

¿Cuántas personas viven en su casa?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10+

1B. ESTADO DE LA DIABETES

* Tipo de diabetes: Prediabetes Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Inseguro

*Número de hemoglobina A1c más reciente: _____ *Fecha A1c más reciente: _____

*Altura del aplicante: _____ *Peso del aplicante: _____

* Motivo del aplicante para presentar la aplicación: No asegurado El copago es demasiado alto Seguro insuficiente Desempleado

Otro: _____

*Razón porque esta en el hospital o fechas y razón de cualquier ingreso pasado al hospital:

Fecha: _____

1C. SEGURO DEL APLICANTE Y DETALLES DE ATENCIÓN MÉDICA:

El estado del seguro no descalifica a un aplicante de recibir este servicio

*¿Tienes seguro? Sí No

*¿Estás empleado? Sí No Ingreso familiar anual (estimar): _____

*Aplicante bajo el cuidado de un médico? No Sí Nombre del médico: _____ -

Nombre de la clínica/oficina _____

Teléfono/Correo Electrónico: _____

*Aplicante bajo el cuidado de un endocrinólogo? No Sí Nombre del médico:

Nombre de la clínica/oficina _____

Teléfono/Correo Electrónico: _____

1D. SERVICIOS AUXILIARES PARA LA DIABETES:

* El DF puede proporcionar servicios gratuitos adicionales para apoyar una mejor salud y autocontrol de la diabetes, incluidos los siguientes. Por favor, marque otros servicios con los que podemos ayudar:

Transporte

Seguro Médico

Alimentos

- Soporte de utilidades
- Vivienda
- Educación sobre la diabetes (nutrición, actividad, monitoreo, resolución de problemas)
- Grupo de apoyo

***El aplicante experimenta algún factor estresante adicional que no sea financiero:** Emocional

Físico Control de la diabetes Impotencia Hipoglucemia Percepción social negativa

Comer Médico Familia/Amigo Régimen Interpersonal Otro: _____

***Por favor, confirme que el DF puede comunicarse directamente con el aplicante o cuidador sobre su medicamento u otros servicios de DF.** Sí No

***2D. ¿CÓMO SE ENTERASO DE NUESTRO PROGRAMA?**

- Profesional de la salud (personal del hospital, médico o farmacéutico)
- Búsqueda de Google
- Redes sociales (Facebook/Twitter/Instagram/Linked-In)
- Agencia gubernamental o sin fines de lucro
- Escuela
- Otro _____

***3. INFORMACIÓN DE SUMINISTRO**

Por favor, compruebe todos los suministros que está solicitando.

****Nota: Se requieren prescripciones para todas las jeringas, agujas de pluma, sensores, transmisores y cápsulas.**

¿Cuántas veces al día se analiza el azúcar en la sangre? _____

- Arkray Glucocard Vital Tiras de prueba
- Arkray Glucocard Expression Tiras de prueba
- ReliOn Prime Tiras de prueba
- Contour Next Tiras de prueba
- One Touch Ultra, Ultra 2 or UltraMini Tiras de prueba (Genultimate)
- One Touch Verio Tiras de prueba
- Accu-chek Guide Tiras de prueba
- Accu-chek Smartview Tiras de prueba
- FreeStyle Lite Tiras de prueba
- FreeStyle Tiras de prueba

- Dexcom Transmisor and Sensores (receptor no incluido)
- Abbott FreeStyle Libre Sensores (receptor no incluido)
- Omnipod Cápsulas (receptor no incluido)
- Jeringas
- Agujas de pluma
- Tabletas de glucosa
- Hisopos con alcohol

Otro _____

4. CERTIFICACIÓN DEL APLICANTE

Yo (nombre completo del aplicante) _____ verificar que la información proporcionada en esta aplicación sea verdadera y precisa. Autorizo la Fundación de Diabetes a usar esta información para evaluar mi elegibilidad para participar en el programa de suministros. Entiendo que esta asistencia proporcionará suministros para la diabetes por una sola vez. Certifico que no tengo la capacidad de pagar los suministros para la diabetes en este momento y que estoy en el proceso de solicitar programas para los cuales puedo ser elegible para recibir asistencia. Entiendo que es a discreción de Fundación de Diabetes que cada aplicación es aprobada. Autorizo a la Fundación de Diabetes a ponerse en contacto conmigo, o con mi profesional de la salud, para hacer un seguimiento de mi progreso. Doy permiso a mi profesional de la salud para divulgar mi información personal, incluida la información de salud protegida, a Fundación de Diabetes en relación con esta aplicación. Entiendo que Fundación de Diabetes puede volver a revelar mi información confidencial para los fines de este programa. Reconozco que Fundación de Diabetes está por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA) y protegerá mi información confidencial y cumplirá con todas las leyes federales y estatales aplicables.

Firma del Aplicante

Fecha