



## **APLICACIÓN PARA TRANSPORTACIÓN**

### **Detalles del programa y instrucciones para la aplicación**

La Fundación de Diabetes ayuda los residents de Nueva Jersey que no tenga seguro o con poca cobertura de seguro y no pueden pagar los suministros de diabetes debido a dificultades financieras. El programa de transportación es una vez servicio de ida y vuelta de una sola vez para ayudar a ir y volver de una cita de atención médica. La Fundación de Diabetes también mantiene una red de apoyo, que está disponible para proporcionar a los participantes y a otras personas que pueden tener preguntas o necesitan recursos para obtener prescripción, atención médica, manejo de la diabetes y más.

#### **TODAS LA APLICACIONES REQUIEREN LO SIGUIENTE:**

- Un documento que muestre un comprobante de dirección (es decir, copia de la licencia de conducir, factura de servicios públicos, factura telefónica, factura, hoja de atención del hospital, etc.).
- Los solicitantes deben ser residentes del estado de Nueva Jersey para recibir asistencia.

**\*Las aplicaciones incompletas se mantendrán hasta que todos los documentos requeridos se han recibido\***

Cada aplicación será revisada caso por caso para que la Fundación de Diabetes determiner la manera más efectiva de ayudar al solicitante a corto plazo, así como a largo plazo.



## APLICACIÓN PARA TRANSPORTACIÓN

**FECHE DE APLICACIÓN:** \_\_\_\_\_

### I. CÓMO SUPO DE NOSOTROS?

- Proveedor de Servicio Médico (Personal Hospitalario, Doctor/a or farmacéutico/a)
- Evento de la Fundación de Diabetes
- Correo Electrónico de la Fundación de Diabetes
- Las Redes Sociales de la Fundación de Diabetes (Facebook/Twitter/Instagram/Linked-In)
- Búsqueda en Google
- Sitio de Prueba para COVID-19- -indique dónde \_\_\_\_\_
- Oficial de Condado/Ciudad -- indique dónde o quién \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

### II. APPLICANT CONTACT & DEMOGRAPHIC INFORMATION

#### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y CONTACTO DE SOLICITANTE

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido:  Español  Inglés  Otro: \_\_\_\_\_

**Si solicitante no habla Inglés, Hay alguien más con quien podamos contactar sobre su aplicación?**

Nombre/Relación con solicitante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Raza/Etnicidad:**

Negro/Afro Americano  Hawaiano  Caucásico  Indio Americano/Nativo de Alaska

Asiático  Hispano  Latino  Otro \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

El estado de ciudadanía no descalifica la elegibilidad de nuestro programa; sin embargo, nos permite ayudarlo mejor a encontrar asistencia a largo plazo. Marque una de las siguientes opciones:

Ciudadano Estadounidense  Permanent Residente  Otro \_\_\_\_\_

**Información Médica:**

Por favor, compruebe el tipo de diabetes que mejor describe al solicitante

Prediabetes  Tipo 1  Tipo 2  Gestacional # \_\_\_\_\_ semanas de embarazo

Cuándo fue la última vez que se probó su A1c? \_\_\_\_\_.

**III. . MÁS INFORMACIÓN**

Razón para aplicación :

- No tengo suficiente cobertura de seguro y necesito ayuda con recursos asequibles
- Estoy desempleado y no puedo permitir el costo para el cuidado de mi diabetes
- Estoy sin cobertura de seguro y necesito opciones gratuitas o asequibles para el cuidado de mi diabetes
- Otro: \_\_\_\_\_

Para procesar su aplicación, la Fundación de Diabetes necesita prueba de residencia para el estado de Nueva Jersey. Marque una de las siguientes opciones con que se adjuntará a esta aplicación:

- Copia de licencia de conducir
- Copia de identificación emitida por el gobierno
- Copia de facture de servicios públicos
- Hoja de admisión del hospital
- Otro: \_\_\_\_\_

#### IV. INFORMACIÓN DE LA CITA

Por favor, háganos saber para que es la cita

- Cita A1C
- Cita con endocrinólogo
- Cita con el médico primario
- Cita con podólogo
- Cita con educador certificado en diabetes
- Cita con dietista
- Otro \_\_\_\_\_

Fecha de cita: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección del médico o de la ubicación:

Calle: \_\_\_\_\_ Apto. #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Códigopostal: \_\_\_\_\_

## V. EXPLANATION OF PROGRAM AND APPLICANT CERTIFICATION

Yo (nombre completo del solicitante) \_\_\_\_\_ verifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y precisa. Autorizo a la Fundación de Diabetes a usar esta información para evaluar mi elegibilidad para participar en el programa de transportación . Entiendo que esta asistencia proporcionará de el programa de transportación es solo para una vez. Certifico que no tengo acceso a transporte suministros en este momento y que estoy en el proceso de solicitar a los programas para los cuales puedo ser elegible para recibir asistencia. Autorizo a la Fundación de Diabetes a ponerse en contacto conmigo, o con mi profesional de salud, para que haga un seguimiento de mi progreso. Doy permiso a mi profesional de atención médica para divulgar mi información personal, incluida la información médica protegida, a la Fundación de Diabetes en lo que se refiere a esta aplicación. Entiendo que la Fundación diabetes puede volver a incluir mi información confidencial para los para los propósitos de este programa. Reconozco que la Fundación de Diabetes no está específicamente vinculada por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA), sino que la Fundación hace esfuerzos razonables para proteger mi información confidencial y cumplir con todas las leyes federales y estatales aplicables.

\_\_\_\_\_  
Firma de solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Aplicaciones y prescripciones se puede enviar a través de:**

Fax: (201) 444-5580 | Correo electrónico: [info@diabetesfoundationinc.org](mailto:info@diabetesfoundationinc.org) |

Dirección

Diabetes Foundation

411 Hackensack Avenue, Floor 7

Hackensack, NJ 07601

Preguntas? Teléfono: (201) 444-0337 Web: [www.diabetesfoundationinc.org](http://www.diabetesfoundationinc.org)