
APLICACIÓN DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS DE APOYO

INSTRUCCIONES: La Fundación de Diabetes (DF) ayuda a todos los residentes de Nueva Jersey que no pueden pagar los medicamentos y / o suministros para la diabetes debido a dificultades financieras. Nuestro programa proporciona hasta sesenta días de insulina, medicamentos orales o inyectables con suministros aplicables. Se consideran todos los medicamentos. El DF se 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 M-F 9-5. **Una vez aprobado, la entrega a la puerta de un participante tarda de 2 a 7 días. Esto debe ser llenado por un proveedor de atención médica. Si usted es una persona que necesita servicios, llame al (201) 444-0337 para obtener más información o llévelo a su proveedor para su procesamiento.**

REQUISITOS DE APLICACIÓN:

Los formularios deben estar firmados por un "Referente" que pueda confirmar la necesidad financiera del aplicante (es decir, médico, enfermera, trabajador social, trabajador social).

- 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.
- Prescripciones para cada artículo solicitado: se aceptan copias
- Incluya prescripciones para todos los suministros de prueba, incluidos glucómetros, jeringas, agujas de pluma, tiras reactivas y lancetas, así como cualquier medicamento, incluida la dosificación y los suministros de medicamentos.
- 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)
- Una vez aprobado, el aplicante será contactado directamente por nuestra farmacia para programar la entrega.

Aplicaciones y Prescripciones se puede enviar a través de:

Fax: (201) 444-5580 | Mail:

45 Whitney Road, Suite 2M

Mahwah, New Jersey 07430

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

APLICACIÓN DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS DE APOYO

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

Fecha: _____

1A. INFORMACIÓN DEL APLICANTE

*Nombre del Apicante: _____

*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/Licenciatura ☐ 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 está 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: _____

Indique el estado del aplicante para los siguientes programas:

	Titular aprobado/actual	No Capacitar	Aplicación denegada	Aplicación pendiente	(Si está pendiente) Fecha de envío
MEDICAID	☐	☐	☐	☐	☐
PAAD OR SENIOR GOLD	☐	☐	☐	☐	☐
MEDICARE ¿Actualmente tiene qué parte(s)? _____	☐	☐	☐	☐	☐
VETERAN (VA) COVERAGE	☐	☐	☐	☐	☐
PHARMACEUTICAL COMPANY PATIENT ASSISTANCE Nombre(s) de la empresa: _____	☐	☐	☐	☐	☐

OTHER (340b at FQHC, Private Insurance etc.):	☐	☐	☐	☐	☐

-O- El aplicante no califica para ninguno de los programas anteriores porque:

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
- ☐ 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

CERTIFICACIÓN DEL APLICANTE

Yo (nombre completo del aplicante) _____ verificar que la información proporcionada en esta aplicación sea verdadera y precisa. Autorizo a la Fundación de Diabetes a usar esta información para evaluar mi elegibilidad para participar en el programa de asistencia médica. Entiendo que esta asistencia proporcionará hasta 60 días de medicamentos y suministros por una sola vez. Certifico que no tengo la capacidad de pagar los medicamentos 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 la Fundación de Diabetes que cada aplicación aprobada. Autorizo 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 la Fundación de Diabetes. en lo que respecta a esta aplicación. Entiendo que la Fundación de Diabetes puede volver a revelar

mi información confidencial para los fines de este programa. Reconozco que la 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

2A. INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y DEL REMITENTE

*Nombre de referencia: _____ *Título del trabajo: _____

*Tipo Profesional: ☐ Trabajador social ☐ CDE ☐ RN/APN ☐ Médico ☐ Otro _____

*Nombre de la instalación: _____

Departamento y Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Fax: _____ - _____ - _____

*Correo Electrónico: _____

*¿Ayudará personalmente al aplicante a obtener asistencia con medicamentos a largo plazo / permanente? ☐ SÍ ☐ NO

☐ He dado instrucciones a este aplicante para que trabaje con la Fundación de Diabetes para obtener acceso a medicamentos a largo plazo.

2B. INFORMACIÓN DEL MÉDICO

*Nombre del médico/practicante que escribe las prescripciones: _____

*Nombre de la instalación: _____

Departamento y Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Fax: _____ - _____ - _____

2C. JUSTIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN

Utilice el espacio a continuación para explicar las circunstancias del aplicante. ¿Por qué el paciente solicita asistencia?

***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. CERTIFICACIÓN DE REFERENTE

Yo (nombre del referente) _____ He explicado que el programa es un suministro a corto plazo de medicamentos y suministros para la diabetes, y no se puede renovar ni rellenar. También certifico que he enviado aplicaciones o proporcionada información para asistencia a largo plazo a los programas indicados en la Sección V, a menos que se indique lo contrario.

Firma del referente

Fecha