

Programa de Ayuda de Farmacia de UNC

UNC Pharmacy Assistance Program (PAP)

INSTRUCCIONES

Requisitos y documentación para la solicitud

Si tiene preguntas sobre la solicitud del Programa de Ayuda de Farmacia (PAP, siglas en inglés) o sobre el **beneficio temporal de 14 días del PAP**, por favor, llame al **(919) 966-7690**. Puede comunicarse por teléfono con un asesor que puede ayudarle de **lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.**

Instrucciones para solicitar el Programa de Ayuda de Farmacia:

- A.** Completar el formulario de solicitud del PAP: Firmar y poner la fecha en cada página que requiera una firma **y no dejar nada en blanco**. Toda la información correspondiente es obligatoria. Para los pacientes que la solicitan por primera vez, envíe la solicitud completa junto con todos los documentos que se exigen, **en un plazo de 5 días laborables a partir de la fecha en que los recibió** (beneficio temporal de 14 días) y **para las solicitudes de renovación en un plazo de 14 días**.
- B. Proporcione los documentos necesarios (del paciente y del cónyuge o del tutor si corresponde) que acrediten el *total de ingresos familiares*:**
- Formularios de declaración de impuestos federales:** copia de los formularios 1040 de declaración de impuestos presentados al IRS del año en curso
 - Estados de cuenta bancaria:** los estados de cuenta bancaria de los últimos 3 meses de todas las cuentas; incluir todas las páginas
 - Ingresos por concepto de seguro social/discapacidad/desempleo/pensiones/otras fuentes de ingreso** (si se recibieron): 1 talón de cheque o estado de beneficios reciente
 - Si tiene empleo:**
 - Los talones de los últimos 3 cheques emitidos por el empleador **O** una carta del empleador (**autenticada ante notario o con membrete de la compañía**) que especifique la tarifa de pago, las horas que trabaja por semana y la frecuencia de pago
 - En el caso de trabajadores por cuenta propia facilitar los datos del libro de ingresos correspondientes a 3 meses, en los que se listen los ingresos y gastos.
 - Si no se perciben ingresos familiares:** Proporcionar la **declaración de ayuda (Anexo B)** que acredite la ayuda financiera al hogar. Es obligatorio que la declaración tenga la firma y fecha de la persona u organización que asume los gastos diarios de manutención.

Para que la solicitud se procese el mismo día, por favor, presente el formulario de solicitud completada y **TODOS** los documentos a un asesor del PAP en las ubicaciones del hospital que figuran a continuación (los asesores están disponibles en las ubicaciones del hospital de **lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.**):

Modos de envío: Por fax al 1(866)-316-4138 O

Dirección postal (SOLO POR CORREO POSTAL)	El mismo día (SOLO EN EL HOSPITAL) Hillsborough, NC	El mismo día (SOLO EN EL HOSPITAL) Chapel Hill, NC
UNC Medication Assistance Program UNC Shared Services Center 4400 Emperor Blvd Durham, NC 27703	UNC Hospitals Hillsborough Outpatient Pharmacy 460 Waterstone Drive, 1er piso Hillsborough, NC 27278	UNC Hospitals Central Outpatient Pharmacy 101 Manning Dr Chapel Hill, NC 27514

Requisitos del Programa de Ayuda de Farmacia: Para tener derecho a **todos** los beneficios del PAP, el paciente tiene que cumplir los criterios de elegibilidad y la solicitud del PAP tiene que ser aprobada.

Criterios de idoneidad:

- A.** Residir en Carolina del Norte (Anexo A).
- B.** No tener póliza de seguro que asuma el costo de las medicinas recetadas.
- C.** Ingreso familiar anual equivalente al 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, siglas en inglés) o menos.
 1. Presentar documentos que demuestren los ingresos familiares (paciente y cónyuge).
 2. Declarar la cantidad total de personas legalmente a su cargo que viven en el hogar (incluyendo hijos menores de edad).
- D.** Recetas emitidas por un proveedor autorizado que trabaje actualmente en una entidad afiliada a UNC.

Programa de Ayuda de Farmacia de UNC Solicitud del programa de ayuda de farmacia

ESTADO FINANCIERO DEL PACIENTE

Importante: Para que lo puedan considerar para la ayuda financiera destinada a los servicios médicos necesarios, deberá completar esta declaración financiera confidencial. Para que la declaración se considere completa, deberá responder a todas las preguntas, firmar el formulario y adjuntar la verificación de los ingresos familiares *antes de la deducción de impuestos*. Por favor, envíe la declaración de impuestos federales más reciente, íntegra o completada, y copias de todos los otros estados de ingresos. Si no ha declarado sus impuestos federales, deberá explicar el motivo, en la página 2 de la sección de comentarios adicionales, y declarar quién es la persona que lo ayuda económicamente (use la «Declaración de ayuda», Anexo B).

Nombre del paciente: _____ Núm. de expediente médico del paciente: _____

Núm. de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Estado civil: Soltero Casado

INFORMACIÓN DEL PACIENTE O TUTOR (en caso de menores, escribir la información del padre(s) o del tutor(es))					
Apellido	Nombre	Inicial	Núm. del seguro social		
Núm. de expediente médico	Relación con el paciente (si es menor)		Núm. de teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
Nombre del empleador		Teléfono del empleador		Duración del empleo	
Dirección de la empresa			Nombre del oficio/puesto		
Cónyuge del paciente o padre/madre del paciente si es menor			Núm. de expediente médico		Núm. de seguro social del cónyuge o padre/madre
Empleador del cónyuge/padre o madre				Duración del empleo	
Dirección del empleador		Teléfono del empleador		Nombre del oficio/puesto	

HOGAR: DEPENDIENTES LEGALES A QUIENES USTED PROVEE MANUTENCIÓN ECONÓMICA

Nombre	Apellido	Núm. de expediente médico	Relación con Paciente	Fecha de Nacimiento	Edad

Nombre del banco: _____ Cuenta corriente Cuenta de ahorro

¿Declaró impuestos el año pasado? Sí No

- En caso afirmativo, incluya una copia de los formularios de impuestos federales presentados al IRS.

¿Solicitó Medicaid en los últimos 6 meses? Sí No

- En caso afirmativo, incluya la carta de denegación. Si no, por favor explique.

Programa de Ayuda de Farmacia de UNC
Ingresos familiares mensuales
 (detalle el importe de ingresos que recibe cada mes)

INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS	INGRESOS
Ingresos del paciente antes de los impuestos o, si el paciente es menor, especificar los ingresos de los padres (antes de impuestos)	
Segundo empleo (si tiene)	
Ingresos del cónyuge (antes de impuestos)	
Segundo empleo (si tiene)	
Ingresos empresariales/agrícolas	
Subsidio por desempleo	
Indemnización por accidentes laborales	
Pensión de jubilación	
Seguro Social	
Ingresos adicionales de Seguro Social	
Ingresos por discapacidad	
Beneficios de veteranos	
Pensión alimenticia	
Interés/Dividendos	
Ingresos por alquiler de inmueble (recibidos)	
Otras fuentes de ingresos	
Total de ingresos mensuales	\$

Certifico que las respuestas arriba escritas y todo el resto de información adicional o ingresos/gastos que he enumerado en una hoja por separado, son verdaderos según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información fraudulenta o engañosa me descalificará para recibir ayuda financiera alguna. Autorizo la divulgación de toda información necesaria para verificar la información proporcionada. Doy mi número de Seguro Social voluntariamente y estoy autorizado a dar los números de Seguro Social de otras personas que aquí se mencionan. Los números de Seguro Social se pueden utilizar para realizar identificaciones exactas, presentar reclamos de seguros, facturación, cobros, así como para el cumplimiento de las leyes federales y estatales.

Comentarios adicionales del paciente: _____

 X
 Firma del paciente (o garante)

 X
 Fecha de firma

Anexo A

Programa de Ayuda de Farmacia de UNC RESIDENCIA EN CAROLINA DEL NORTE

Definición de residencia en Carolina del Norte: *Para cumplir con los requisitos de residencia en Carolina del Norte, la persona debe estar domiciliada en Carolina del Norte con intención de permanecer allí de manera permanente o indefinida, o demostrar que llegó a Carolina del Norte en busca de empleo o con un compromiso laboral. Una persona se considera domiciliada en Carolina del Norte si Carolina del Norte es su lugar de residencia fija, establecida o permanente y tiene la intención de permanecer allí de manera permanente o por un periodo de tiempo indefinido.*

Documentación necesaria: A fin de verificar su residencia, proporcione un documento de alguna de las categorías que se listan a continuación.

- a. Una licencia de conducir de Carolina del Norte vigente u otra tarjeta de identificación vigente emitida por la División de Vehículos Motorizados de NC (North Carolina Division of Motor Vehicles).
- b. Un recibo actual de pago de renta, alquiler o hipoteca de Carolina del Norte o una factura de servicios a nombre del solicitante o del cónyuge legal del solicitante que muestre la dirección en Carolina del Norte.
- c. Un registro vigente de un vehículo automotor de Carolina del Norte a nombre del solicitante que muestre la dirección actual del solicitante en Carolina del Norte.
- d. Un documento que verifique que el solicitante está empleado en Carolina del Norte.
- e. Uno o más documentos que demuestren que el solicitante ya no reside en el estado en donde vivía anteriormente tales como el cierre de una cuenta bancaria, terminación de la relación laboral o venta de una vivienda.
- f. La documentación de la declaración de impuestos del solicitante o del cónyuge legal que muestren la dirección actual en Carolina del Norte.
- g. Un documento que demuestre que el solicitante se ha registrado con un servicio de búsqueda de empleo, público o privado, en Carolina del Norte.
- h. Un documento que demuestre que el solicitante ha inscrito a su(s) hijo(s) en una escuela pública o privada o en una guardería infantil ubicada en Carolina del Norte.
- i. Un documento que demuestre que el solicitante recibe asistencia pública (p. ej. estampillas de alimentos) u otros servicios que exigen prueba de residencia en Carolina del Norte. Actualmente Work First y Energy Assistance no exigen prueba de residencia en Carolina del Norte.
- j. Expedientes de un departamento de salud o de otro proveedor de atención médica, que no sea de UNC, ubicado en Carolina del Norte que muestre la dirección actual del solicitante en Carolina del Norte.
- k. Una tarjeta vigente de inscripción electoral de Carolina del Norte.
- l. Un documento del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (US Department of Veterans Affairs), el Ejército de los Estados Unidos (US Military) o el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos (US Department of Homeland Security) que verifique la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un periodo de tiempo indefinido o que el solicitante está residiendo en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- m. Expedientes escolares oficiales de Carolina del Norte, firmados por autoridades escolares, o diplomas emitidos por escuelas de Carolina del Norte (incluyendo escuelas secundarias, escuelas profesionales, universidades, centros de estudios superiores) que demuestren la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un periodo de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- n. Un documento expedido por el consulado de México u otro consulado extranjero que verifique la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un periodo de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- o. Un documento que demuestre que el solicitante está viviendo en un albergue para personas sin hogar en Carolina del Norte.

ANEXO C

Programa de Ayuda de Farmacia de UNC

FORMULARIO DE DISPENSA DE FIRMA

Gracias por su interés en solicitar los Programas de Ayuda de Farmacia para medicamentos. Estos programas son un recurso muy importante para los pacientes que necesitan medicamentos caros. Si usted calificara para estos programas, los medicamentos que le recete el proveedor de UNC podrán ser financiados por organizaciones independientes de ayuda a pacientes o por el fabricante del medicamento.

Para permitir que nuestros especialistas del Programa de Ayuda con Medicamentos (Medication Assistance Program, MAP) puedan solicitar ayuda en su nombre a organizaciones independientes de ayuda a pacientes, debemos obtener su consentimiento para compartir información sobre su problema de salud, recetas e ingresos. Al firmar a continuación, usted también da su consentimiento para que el equipo de MAP sirva como su representante cuando usted solicite la ayuda.

Si tuviera otras preguntas o inquietudes, por favor, contacte con un especialista de MAP llamando al (919) 957-5600.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Núm. de expediente médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico

Dirección: _____ Teléfono preferido: _____

Ciudad: _____ Teléfono alternativo: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

Número de personas que viven en el hogar que aportan a los ingresos familiares o que dependen de ellos: _____

Ingreso bruto familiar estimado (se requiere valor numérico): \$ _____ Anual Mensual

(los ingresos deben reflejar el monto de toda la familia)

Por favor, marque todas las fuentes de ingresos que correspondan:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldo/salario | <input type="checkbox"/> Seguro social | <input type="checkbox"/> Ganancias de dividendos |
| <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Ganancias por alquiler de Inmuebles |
| Fecha de inicio: _____ | | |

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo doy permiso para que los especialistas de MAP, empleados de UNC Health Care, hagan **ambas** cosas a continuación:

1. Divulguen mi información a las organizaciones de ayuda a pacientes para que me ayuden a obtener medicamentos recetados por un proveedor de UNC.
2. Actúen como representantes para buscar medicamentos recetados que hayan sido donados para mi uso. A este fin, autorizo a los especialistas de MAP a que firmen en mi nombre en todos los formularios de programas de ayuda de farmacia necesarios para los programas de ayuda a pacientes ya sean independientes o de fabricantes.

Este permiso será válido mientras yo no lo cancele por escrito.

Firma del paciente (o garante): _____

Fecha: _____

Programa de Ayuda de Farmacia de UNC CARTA DE ACUERDO

Nombre del paciente _____ Núm. de expediente médico: _____

Familiares para los cuales se solicita Ayuda de Farmacia:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

Acepto:

1. Cooperar por completo con el especialista del Programa de Ayuda de Medicamentos en la presentación de la solicitud al UNC PAP y otros programas de ayuda, según se requiera. No cooperar con el especialista resultará en la cancelación, sin previo aviso, de cualquier ayuda ofrecida por el PAP.
2. Cooperar por completo en la solicitud de otros programas de ayuda en los cuales yo pudiera calificar para recibir beneficios (p. ej., Medicaid, Medicare, programa VIH NC, Programa de anemia falciforme, etc.) dentro de los plazos de tiempo establecidos.
3. Proporcionar información íntegra y precisa. Facilitar información engañosa o imprecisa resultará en la terminación, sin previo aviso, de cualquier ayuda ofrecida por la Red Farmacéutica Ambulatoria de UNC (UNC Ambulatory Pharmacy Care Network, UNC APCN).
4. Participar en la clínica del Programa de Evaluación de Medicamentos de Carolina (CAMP) si se me notificara que cumpla los criterios de inscripción.
5. Si el fabricante autoriza darme medicamentos gratis, acepto obtener el medicamento del fabricante de acuerdo con sus políticas y procedimientos.

Yo acepto notificar al especialista del Programa de Ayuda de Medicamentos si:

1. Se me concedieran los beneficios de North Carolina Medicaid.
2. Cumpliera con los requisitos para recibir beneficios de Medicare o por discapacidad.
3. Recibiera algún beneficio que pague los costos de las medicinas recetadas (p. ej., Medicare Parte D, Programa de Ayuda para Medicamentos del SIDA del estado, seguro médico comercial, etc.).
4. Mis ingresos aumentaran.
5. Me mudara, viviera fuera del estado y ya no fuera residente permanente de Carolina del Norte.

Entiendo que los beneficios que provee el UNC PAP son limitados y están sujetos a cambios sin previo aviso. Cobertura para medicamentos:

1. Está limitado a determinados medicamentos, artículos para ostomía y diabetes que aparecen en la lista de los medicamentos disponibles del PAP y están sujetos a restricciones para el control de utilización.
2. Requiere presentar, en una farmacia ambulatoria participante de UNC, una receta escrita por un proveedor que haya visto al paciente en una institución afiliada a UNC.
3. Las recetas renovables se deben solicitar en la farmacia de entrega a domicilio del centro de servicios compartidos (SSC, siglas en inglés), salvo ciertas excepciones (consulte con el representante de la farmacia de UNC para obtener más información).

Yo entiendo y acepto cooperar con las condiciones exigidas y requerimientos del Programa de Ayuda de Farmacia.

Firma del paciente (o garante) : _____ Fecha: _____