



IMPROVING ACCESS TO
LIFE - SAVING MEDICATIONS
ONE PATIENT AT A TIME

ALLIANCE for PHARMACEUTICAL ACCESS

SPANISH

(APA) Oficina principal localizada:

506 E. Plaza Drive, Oficina #5, Santa Maria, CA 93454 / Direct: (805)614-2040
www.apameds.org

Direccion de envio: 237 Town Center West #122, Santa Maria, CA 93454

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre _____ Apellido: _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip: _____

Numero Teléfono (_____) _____ Celular(_____) _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Seguro Social _____

Si no tiene número de Seguro Social puede proveer su tarjeta de Matricula Consular, Pasaporté, Tarjeta de Residencia Permanente o Numero de ID para su Declaración de Impuestos No Si

Nombre de persona para llamar en caso de una emergencia:

_____ (_____) _____ relación _____

¿Le podemos dar información acerca de su caso? Si No

¿Cómo escucho de nuestro programa o quien lo refirió? _____

Género: Femenina Masculino Estado Matrimonial: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
Etnicidad: Latino/a Hispano/a Mixteco Nativo/a Americano/a Blanco/a Otro (a): _____

Ocupación: _____ y nombre de compañía/Empleador _____

(Personalmente) Cuáles son sus fuente/s de ingresos? Indique cada fuente y cantidad (en bruto) abajo:
(Dinero efectivo, Salarios, Child Support, Cash Aid (ayuda del gobierno) Pensión / Beneficios del Seguro Social, Incapacitados, Desempleo, Ingresos de propiedades) _____

¿Le pagan semanalmente, cada dos semanas, quincenal o mensual? _____

¿Cuáles son los ingresos de su Esposo/a? Indique cada fuente y cantidad (en bruto) abajo:
(Dinero efectivo, Salarios, Child Support, Cash Aid (ayuda del gobierno) Pensión / Beneficios del Seguro Social, Incapacitados, Desempleo, Ingresos de propiedades) _____

¿Le pagan semanalmente, cada dos semanas, quincenal o mensual? _____

¿Cuántos dependientes (hijos y hijas) tiene viviendo en tu hogar (menores de 18 años) _____

¿Cuál farmacia Usa: _____

¿Tiene acceso al Internet? Si No Si no usa computadora, tienes a un hijo o hija que te ayude para leer comunicaciones a través de correo electrónico?

Dirección para correo electrónico: _____ Si contesto si, podemos comunicarnos con usted? Si No



Informacion Acerca de su Seguro Médico:

¿Tiene seguro médico Privado (no de Gobierno) o que ofrece su empleador? Si No

Nombre de la compañía de seguro: _____ Telefono: _____

Numero de póliza: _____ Numero del Grupo: _____

¿Le cubre sus medicamentos? Si No

¿Tiene el seguro médico de Medicare? Si No

Si contesto si, cuales tiene: A B D (Parte D es para medicinas) Humana, AARP, Silver Scripts, etc.

Nombre de compañía de seguros que cubre sus medicamentos: _____

¿Tiene seguro suplementario (Medicare Advantage Plan) como HMO, PPO, PFFS? Si No

¿Usted usa compañías que envían sus medicinas a su hogar? Si No

Por Ejemplo: (Humana) Right Source or Express Scripts? Si No

¿Usted usa más de una farmacia local para sus compras de medicinas? Si No

¿Cuánto ha gastado en recetas este año (desde Enero hasta Hoy)? \$ _____

¿A aplicado para el programa de "Ayuda Extra" (LIS) que ofrece la oficina del Seguro Social? Si No

¿Le negaron asistencia? Si No

¿Califica para Medi-Cal? Si No Si contesto si; ¿Le cubre sus medicinas? Si No

¿Tiene que pagar una parte de costo? Si No Si contesto sí; ¿Cuánto tiene que pagar? \$ _____

¿Es usted veterano de las fuerzas armadas de E.U.? Si No

¿Es elegible para beneficios médicos como TRICARE? Si No

Otros servicios o lugares donde podemos referirlo (a) si necesita ayuda:

Tiene necesidad de otros programas de asistencia comunitarios como vivienda temporal o comida? Si No

No asiste a sus exámenes anuales o exámenes cada 3-6 meses con su médico por el alto costo? Si No

Apunte sus medicamentos que toma diariamente:
(Por favor de indicar sus tres medicinas más urgentes primero)

1.Nombre: _____ **dosis:** _____

Doctor: _____ **para tratar:** _____

2.Nombre: _____ **dosis:** _____

Doctor: _____ **para tratar:** _____

3.Nombre: _____ **dosis:** _____

Doctor: _____ **para tratar:** _____

Nombre: _____ dosis: _____

Doctor: _____ para tratar: _____

Nombre: _____ dosis: _____

Doctor: _____ para tratar: _____

Nombre: _____ dosis: _____

Doctor: _____ para tratar: _____

Nombre: _____ dosis: _____

Doctor: _____ para tratar: _____

Nombre: _____ dosis: _____

Doctor: _____ para tratar: _____

Nombre: _____ dosis: _____

Doctor: _____ para tratar: _____

Nombre: _____ dosis: _____

Doctor: _____ para tratar: _____

Nombre: _____ dosis: _____

Doctor: _____ para tratar: _____

¿Cuáles son sus enfermedades / diagnostico?:

¿Tiene usted alergias ha alguna medicina? Si No

Si contesto si, cuales son: _____

Indique otras medicinas que compra sin prescripción como tylenol, aspirina, ibuprofen, y vitaminas suplementales:



Alliance for Pharmaceutical Access (APA)
Reconocimiento del Solicitante
LEA ANTES DE FIRMAR

En consideración para la aceptación de servicios realizados por la Alianza para acceso a productos farmacéuticos, reconozco:

1. Deseo permitir APA, Inc. a prestar servicios en mi nombre para la adquisición de medicamentos prescritos.
2. Entiendo que APA, Inc. sólo facilitar el proceso de aplicación. Entiendo que APA, Inc. no es médico, ni una farmacia/farmacéutico. Además, entiendo que debo tomar mis medicamentos dirigidas por mi médico. Voy a consultar a mi médico o farmacéutico cualquier duda que pueda tener con respecto a mi condición, medicamentos o receta medicamentos.
3. También entiendo que existen riesgos potenciales acerca de mis medicamentos recetados de los cuales puedo actualmente no estar enterado.

Renuncia de responsabilidad civil y de la indemnización

En consideración para la aceptación de servicios realizados por APA, Inc., en mi nombre, mis representantes personales, herederos, familiares, sucesores y asigna, siempre que:

Renunciar, liberar y cumplir APA, Inc. y sus agencias, oficiales y empleados de cualquier y toda negligencia y responsabilidad para mi muerte, discapacidad y lesiones personales, daños de propiedad, robo de propiedad o reclamaciones de cualquier naturaleza que en lo sucesivo podrá acumular a mí y a mis raíces como consecuencia directa o indirecta de los servicios prestados por APA, Inc.

Indemnizar de cualquier daño a APA, Inc. y sus agencias, oficiales y empleados, de y contra cualquier reclamo de cualquier naturaleza incluyendo, costos, gastos y honorarios derivados de o que resultan de servicios prestados por APA, Inc.

El abajo firmante, afirma que es por lo menos 18 años de edad y que libremente firma este acuerdo. Leído este formulario y entendiendo que al firmar este formulario estoy renunciando derechos legales o remedios que de lo contrario pueden estar disponibles para mí en cuanto a pérdidas puedo sostener como consecuencia de servicios prestados a mí. He tenido la oportunidad de revisar esto de tanto aquí como fuera de la presencia de APA, Inc. y elija firmar por mi propia voluntad. Estoy de acuerdo en que si cualquier parte se anulara, el resto continuará en vigencia jurídica plena.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre de la persona que va firmar con autorización del solicitante:

_____ **Relación:** _____

Firma de la persona autorizada/o por cliente: _____

Fecha: _____



ALLIANCE FOR PHARMACEUTICAL ACCESS, INC. (APA) HIPAA AUTHORIZATION FORM

Patient's Full Name Social Security Number
Address Date of Birth
City/State/Zip Code Telephone Number

I hereby authorize use or disclosure of protected health information about me as described below.

The following specific person/s or facility staff is authorized to use or disclose information about me:

Alliance for Pharmaceutical Access, Inc. (APA) (Program Director and Health Advocates)

The following person/s or facility staff may receive disclosure of protected health information about me:

Alliance for Pharmaceutical Access, Inc. (APA) (Program Director and Health Advocates)

Office Location: 505 East Plaza Drive, Santa Maria, CA 93458 / Telephone Number (805) 614-2040

The specific information that should be disclosed is:

This authorization will give Alliance for Pharmaceutical Access, Inc (APA) Program Director and Health Advocates the ability to communicate on your behalf with any pharmaceutical company, business, organization, and/or individual in order to verify enrollment status for the Patient Assistance Programs and/or checking on your medication re-order status.

By signing this form, you are giving authorization to Alliance for Pharmaceutical Access, Inc. (APA) to use your personal information in facilitating and completing your patient assistance application/s

Patient's Signature Date

Authorized Representative's Name (print name)

(Relationship): Phone Number:

Authorized Representative's Signature: Date:

Assessment Worksheet for APA-Advocates

Mailed or faxed available meds, office location, & instruction information on date: _____
Called Patient to give them information or ask them to pick up information on date: _____

Advocate Name: _____ **Assessment Date:** _____

Uninsured & Insured Clients Information Ready for Processing/ information: (check List) Mark with (all that apply)

Signed Waiver and HIPPA Forms _____ Prescriptions _____ Proof of Income _____
Copy of California or other state Identification or license card _____
Copy of Insurance Card/s (front and back) if applicable _____

Current FPL% _____
Monthly Household Income: _____ Annual Income _____

CDBG FORM (if applicable) _____ CDBG Eligible EL VL Low Mod Low
CDBG Form Completed date: _____ initials: _____
Registered or updated Information onto (Rx Assist Plus) Init. _____ / Input med list into (Rx Assist Plus) Init. _____

Further research of other meds done after initial contact and gave list of all available PAP's Init. _____

Referred to other resources such as: *Always give United Way Coast2CoastRX Card* Free Clinics/CHC
Food/Shelter Nutrition Classes Yoga/Exercise Class Citizenship Education
Gave coupon, trial offer info, savings or discount card Signed up for DCP

Other Resource Referral/s: _____
Notes: _____

Medicare Clients Information: Ready for Processing/ information: (check List) Mark with (all that apply)

If the applicant is married, please collect spouse's income information and total money spent on prescriptions -
(PAP's calculate both incomes and expenditures)

Social Security, Annuity, or Pension Statements _____ or 1st page of Federal Tax Return _____
Copy of Insurance Card/s (front and back) _____ LIS Denial letter _____
EOB from Insurance Company or Pharmacy YTD Printouts _____ Verified Donut Hole/Coverage Gap _____
Prescriptions _____ Copy ID or License Card _____

Further research of other meds done after initial contact and gave list of all available PAP's Init. _____

Referred to other resources such as: *Always give BetterRX Card* Gave coupon, trial offer info, savings or discount card

HICAP Social Security LIS Program Food distribution centers

Other Resource Referral/s: _____
Notes: _____

Mid-year review of intake: Date ___/___/____ **Initials-** _____