

**SEND FORM TO APA/
ENVIÉ ESTA FORMA
POR CORREO O FAX**
506 E. Plaza Dr. Suite #5
Santa Maria CA 93454
Fax: 805-614-2010
Advocates@APAMEDS.org



506 E. Plaza Dr. Suite #5 Santa Maria, CA 93454
Phone: 805-614-2040 Fax: 805-614-2010 www.apameds.org
Service Hours: Monday- Friday 11am-5pm

**Alliance for Pharmaceutical Access (APA) Client Intake Form
Alianza para Acceso Farmacéutico (APA) Forma del Cliente**

How did you hear about us? / ¿Cómo escucho de nuestro programa? _____
Have you been a previous APA Client? / ¿Ha sido un cliente anterior? Yes/ Sí No

Client Information/ Información del Cliente

First Name/ Primer Nombre _____ Middle/ Segundo Nombre _____

Last Name/ Apellido _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Address/ Domicilio _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Codio _____

Home Phone/ Teléfono (____) _____ Cell (____) _____

E-mail address/ Correo electrónico: _____

Gender/Género Female/Femenina Male/Masculino Preferred Language/Preferido Lenguaje _____

Marital Status/Estado Matrimonial: Single/Soltero (a) Married/Casado (a) Divorced/ Divorciado/a Widowed/Viudo (a)

Name of Spouse (if married)/Nombre de su esposa (o) _____

Ethnicity/ Etnicidad: Non- Hispanic/ Latino/ No- Hispano/Latino Hispanic/ Latino Don't Know/ No se

Race/ Raza: White/ Blanco Black/African American/ Negro/ Afroamericano Asian/ Asiático

Native Hawaiian /Other Pacific Islander/Nativo de Hawaii

Mixed: American Indian/Alaskan Native and White/ Mixto: Indio Americano/ Nativo de Alaska y Blanco

Mixed: Asian AND White/ Mixto: Asiático y Blanco

Mixed: Black/ African American AND White/ Mixto: Negro/ Afroamericano Y Blanco

Mixed: American Indian/Alaskan Native AND white/ Mixto: Indio Americano/ Nativo de Alaska Y Blanco

Mixed American Indian/ Alaskan Native AND Black/ African American

Mixed: Other/ Mixto: Otro

Social Security/Seguro Social _____ If you do not have a social security number, please provide any of the following visa, passport, residency card or tax identification/ 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. Por nuestra cuenta, su estado migratorio nunca será divulgado.

Emergency contact / Persona para llamar en caso de una emergencia _____

Relationship/Relacion: _____ Phone/Teléfono (____) _____

Do you authorize them access about your case? / ¿Le podemos dar información acerca de su caso? Yes/Sí No

Financial Information/ Información Financiera

Are you currently working / ¿Trabaja? Full-time/ Tiempo Completo Part-time/ Tiempo Parcial Seasonal/Temporada

What is your occupation? / Donde trabaja? _____

Circle the income level by household size/ Encierra en un círculo el nivel de ingresos por tamaño de hogar (Effective 07/01/2020)

Household Size Tamano de hogar	1 Per	2 Per	3 Per	4 Per	5 Per	6 Per	7 Per	8 Per
Extremely Low Income (30%)	\$25,000	\$28,600	\$32,150	\$35,700	\$38,600	\$41,450	\$44,300	\$47,150
Low Income (50%)	\$41,650	\$47,600	\$53,550	\$59,500	\$64,300	\$69,050	\$73,800	\$78,550
Non-Low / Moderate Income (80%)	\$66,750	\$76,250	\$85,800	\$95,300	\$102,950	\$110,550	\$118,200	\$125,800



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

ALLIANCE for PHARMACEUTICAL ACCESS

506 E. Plaza Dr. Suite #5 Santa Maria, CA 93454
Phone: 805-614-2040 Fax: 805-614-2010 www.apameds.org
Service Hours: Monday- Friday 11am-5pm

Indicate total household (include spouse) total gross income? / *Indique los ingresos financieros de su hogar en bruto incluye su esposa (o)?* \$ _____ per month/por mes

FEMALE HEAD OF HOUSEHOLD/ ES UD. LA SOLTERA ENCABEZADA DE SU HOGAR? Yes/Si No

Check all that apply and provide copy/ Indica solo lo que aplica y provea copia

- Wages/ Salario Social Security/ beneficios del seguro social Disability/Incapacidad Unemployment/ desempleo
 Cash Aid/Ayuda Financiera Pension/Pensión Child Support/ Manutención infantil

How many dependents are in your household? *Cuántos dependientes (menores de 18 años) tienen viviendo en su hogar* # _____

Do you need to apply for Cal Fresh? ¿Necesita aplicar para Cal Fresh beneficio de comida? Yes/Si No

Health Insurance Information/ Información del seguro de salud

What type of health insurance coverage do you have? *Qué tipo de cobertura médica tiene?* _____

Does it cover medications? *Cubre medicamentos?* Yes/Si No

Do you need assistance with applying for Medi-Cal? / Necesita ayuda para aplicar a Medi-Cal? Yes No

Medicare Recipients, please check which apply/ Solo Medicare: A B C / Part D ***If you have Part D, how much have you spent on medications this year? *Si tiene Parte D ¿Cuánto ha gastado en sus recetas desde enero hasta hoy?* \$ _____

Medication Information/ Información del Medicamento

Please list the medications you need assistance with and include copy of your prescription/ *Escriba el nombre de su medicamento y incluya una receta con esta forma.*

List the Name of Medication / <i>Escriba el Nombre de su Medicamento.</i>
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

For Office Use only/ No Marque aquí

Patient Assistance Available for Medication Indicated Above	Requirement needed for Enrollment
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	



506 E. Plaza Dr. Suite #5 Santa Maria, CA 93454
Phone: 805-614-2040 Fax: 805-614-2010 www.apameds.org
Service Hours: Monday- Friday 11am-5pm

RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION
RECONOCIMIENTO AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN
READ BEFORE SIGNING/ LEA ANTES DE FIRMAR

Alliance for Pharmaceutical Access (APA) is a non-profit organization that provides free medication advocacy services. In consideration for accepting services performed by APA, I acknowledge:

La Alianza para acceso a productos farmacéuticos (APA), es una organización sin fines de lucro, que proporciona apoyo gratuito a personas en nuestra comunidad que no tienen los recursos económicos para comprar las medicinas necesarias para restaurar y mantener salud y el bienestar. En consideración para la aceptación de servicios realizados por APA reconozco:

1. I permit Alliance for Pharmaceutical Access (APA) to render services on my behalf for the acquisition for prescribed medications. I understand that APA will only facilitate the application process. This authorization will give Alliance for Pharmaceutical Access, Inc. (APA) Client Advocates the ability to communicate on my 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 the medication re-order status. By signing this form, I am giving authorization to APA to use my personal information in facilitating and completing the patient assistance application/s.

Permitiré que APA, preste servicios en mi nombre para la adquisición de medicamentos prescritos por mi doctor. Entiendo que APA, sólo facilitara el proceso de aplicación. Esta autorización le dará al personal de La Alianza para acceso a productos farmacéuticos (APA) la habilidad de comunicar y representarme adelante de compañías farmacéuticas, negocios, organizaciones o individual para escribirme a los Programas de Asistencia al Paciente y/o para checar en el estado de mi orden de medicamento. Al firmar esta forma, yo estoy dando autorización a APA para usar mi información personal para facilitar y completar la aplicación(es) para los programas a asistencia al paciente.

2. I understand that APA is neither a pharmacy/pharmacist nor physician. I further understand that I must take my medications as directed by my physician. I will consult with my physician or pharmacist regarding any questions I may have about my medical condition, medications, or prescription drugs.

Entiendo que APA, no es clínica médica, ni una farmacia/farmacéutico. Además, entiendo que debo tomar mis medicamentos dirigidas por mi doctor. Voy a consultar a mi médico o farmacéutico sobre cualquier duda que pueda tener con respecto a mi condición, medicamentos o receta medicamentos.

3. I permit APA to share my personal information with People Helping People (PHP) for sole purposes of enrolling in the Cal fresh program or Medi-Cal program should I indicate in this application.

Yo voluntariamente autorizo a la Alianza para acceso Farmacéutico (APA) que revele información mía al personal de People Helping People (PHP) solo para el propósito de procesar mi aplicación para el programa Cal Fresh o el programa estatal Medi-Cal, solo si yo indico en esta aplicación.

4. I, affirm that I am at least 18 years of age and am freely signing this agreement. I have read this form and fully understand that by signing this form I authorize APA to use or disclose protected health information about me for the purposes described above.

El abajo firmante, afirma que tiene por lo menos 18 años de edad y que libremente firma este acuerdo y que ha leído este formulario y entendió que al firmar he tenido la oportunidad de revisar esto de tanto aquí como fuera de la presencia de APA, Inc. y elijo firmar por mi propia voluntad.

Client's Signature/ Firma del Ciente

Date / Fecha

Client's Name/ Nombre del Cliente

APA Authorized Representative's Name (print name) _____

Relationship: Patient Advocate APA Phone Number: 805-614-2040 EIN: 20-3117940

Authorized Representative's Signature: _____ Date _____