# **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

**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/ Afroamerican [ ] 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: Asiatico 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 07/01/2021)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Household Size** | **1 Per** | **2 Per** | **3 Per** | **4 Per** | **5 Per** | **6 Per** | **7 Per** | **8 Per** |
| **Extremely Low Income (30%)** | $26,250 | $30,000 | $33,750 | $37,450 | $40,450 | $43,450 | $46,450 | $49,450 |
| **Low Income (50%)** | $43,750 | $50,000 | $56,250 | $62,450 | $67,450 | $72,450 | $77,450 | $82,450 |
| **Non-Low / Moderate Income (80%)** | $70,050 | $80,050 | $90,050 | $100,050 | $108,100 | $116,100 | $124,100 | $132,100 |

Indicate total household (include spouse) total gross income? /*¿Indique los ingresos financieros de su hogar en bruto incluya 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 qué 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 /*Escriba el Nombre de su Medicamento.*** |
| 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. |  |

## 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.*

1. 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.*

1. 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 estadal Medí-Cal, solo si yo indico en esta aplicación.*

1. 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