



¿Necesita medicamentos recetados que no puede pagar?

CENTER FOR HEALING & HOPE

Aquí está el ¡Programa de ayuda para medicamentos!

¿Qué es? ¿Soy elegible para el programa?

¡Háblenos para solicitar una cita!

Lunes-viernes 9 am a 4 pm

574-534-4744 x 201

info@CHHclinics.org

Programa de ayuda para medicamentos

Ofrecido por el Centro de Salud y Esperanza

El Programa de ayuda para medicamentos (MAP, por su sigla en inglés), ayuda a que los pacientes apliquen para medicamentos gratis que pueden estar disponibles a través de los programas de asistencia de los fabricantes de drogas. Pueden calificar los pacientes que no tienen seguro y que reúnan las reglas sobre ingresos.

Para ser elegible

1. No debe tener ninguna cobertura de medicamentos. Hay algunas excepciones tales como Medicare Parte D.
2. Sus ingresos deben ser menores de \$30.000 al año (para individuos) o menos de \$40.000 al año (para parejas). Note que los niveles de ingreso no son los mismos para cada compañía que ofrece la ayuda.

Proporcionar prueba de ingreso

La evaluación de ingresos es familiar no individual, por lo tanto necesitará documentos de ingreso de cada uno de los miembros de la familia.

Para probar su ingreso, debe traer los siguientes documentos que aplican:

- Declaración de impuestos más reciente (1040)
- Informe del Seguro Social
- Si su ingreso es cero, envíe una declaración de como sobrevive
- Informe de desempleo que demuestra su Cantidad de beneficio semanal (WBA, por su sigla en inglés)
- Si su familia recibe cualquier otra clase de ingreso, este debe estar incluido. Manutención de menores, pensiones, interés o inversiones son contadas como ingreso.

Tiempo de procesamiento para las aplicaciones

Procesar la aplicación puede tomar hasta cuatro semanas. Si es aprobada, el medicamento le será enviado, ya sea a su dirección o al Center for Healing and Hope (CHH). Si es enviada a CHH le notificaremos cuando llegue.

Como aplicar

Complete la aplicación en este folleto y tráigalo a su cita con su prueba de ingreso. Nosotros usaremos esta información para completar el trámite necesario para aplicar a la ayuda del medicamento. Una vez la aplicación esté completa, hay dos pasos más:

1. Enviamos las aplicaciones a su médico para una firma y obtener sus recetas médicas.
2. Enviamos las aplicaciones y documentos que la respaldan a las compañías de medicamentos.

Algunas compañías lo contactan para decirle que ha sido aprobado. Otros sencillamente le envían a usted o a CHH el medicamento.

Hay una tarifa de \$5 por este servicio, el cual se le devuelve si no es elegible para la ayuda.

Aplicación

para el Programa de ayuda para medicamentos.

Su Médico _____

Número de teléfono del Médico _____

Nombre del paciente

Primer Segundo

Apellido

Dirección _____

Ciudad _____

Condado _____

Estado y código postal _____

Número de Seguro Social _____

Género M F

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

Número de teléfono _____

Número alterno _____

Ciudadano de EE.UU. Si No

Estado civil

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Empleado Si No

Retirado Si No

Incapacitado Si No

Veterano Si No

Seguro

¿Tiene cualquiera de los siguientes?

Medicare (A y B) Si No

Medicaid Si No

Cobertura de seguro para medicamentos Si No

Medicamentos

Alergias a medicamentos _____

Por favor, liste los medicamentos para los que necesita ayuda y los médicos que los están recetando.

Número de personas en la familia

En su familia

¿Cuántos adultos, incluyéndolo a usted? _____

¿Niños menores de 18 años? _____

Estado financiero del hogar

¿Cuánto ingreso cada mes?

Fuente ingreso de trabajo Si No _____

Seguro Social Si No _____

Descapacitación Si No _____

Pensión Si No _____

Cupones de alimentos Si No _____

Desempleo Si No _____

Pensión alimenticia o
manutención de menores Si No _____

Otro ingreso Si No _____

Ingreso total mensual _____

¿Hizo usted declaración de impuestos para el año más reciente? Si No

Si su respuesta es afirmativa, entonces traiga una copia con la aplicación.

Firma _____

Fecha _____

**CENTER FOR
HEALING
& HOPE**

PO Box 195

Goshen, IN 46527

574.534.4744

info@CHHclinics.org

CHHclinics.org