

Estimado (a) \_\_\_\_\_,

Está en el lugar correcto! Al Dispensario de la Esperanza le complace tener la oportunidad de ayudarle con sus medicamentos por medio de nuestro Programa de Acceso Continuo.

Por favor complete la Forma de Inscripción del Paciente y envíela por correo con su prueba de ingresos, una copia de su identificación, sus recetas y el correspondiente pago. Si usted no envía la Inscripción con todos los documentos que se requieren, tendremos que devolverla lo cuál causará demoras en el proceso de aprobación. Para garantizar que se inscriba lo más pronto posible, por favor lea la siguiente lista.

## LISTA DE REQUISITOS

- Necesita completar y firmar la Forma de Inscripción para el Dispensario de la Esperanza**
- Deberá incluir una copia de su identificación**
  - *Licencia de Conducir, o*
  - *Pasaporte, o*
  - *Su identificación del Estado*
- Deberá incluir copia de su prueba de ingresos y la de de todos los miembros de su casa que se encuentren trabajando y sean mayores de 18 años de edad**
  - **1040 Declaración de ingresos** (si no tiene puede llamar al 1-800-829-1040 para que le envíen una copia de su Declaración de ingresos por medio de FAX o por correo), **o**
  - **W-2, o**
  - **1099 Beneficios del Seguro Social, o**

*NOTA: Si usted o una persona de su casa está sin trabajo, puede mandar la prueba del **desempleo***

*NOTA: Si usted o una persona de su casa no ha mandado sus impuestos del año pasado, imprima y firme una forma **4506-T** para cada prescripción, por ejemplo, si usted toma 5 medicinas, tiene que llenar 5 formas y firmarlas. Puede encontrar la forma en el sitio de internet <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>*
- Incluya la prescripción original**
  - **Nombre de la Marca de la medicina** (vea el formulario)
  - **Prescripción por 90 días para rellenar 3 veces**
- Pago de \$45 por la inscripción anual**
  - **Cheque de Cajero, o**
  - **Giro Postal, o**
  - **Tarjeta de Crédito** (incluya la información sobre la tarjeta de crédito con la aplicación)

**Envíela por correo a: Dispensary of Hope, P.O. Box 281496, Nashville, TN 37228**

La inscripción en el programa de Acceso Continuo del Dispensario de la Esperanza es por un año. Si usted es aprobado, va a recibir una carta de Bienvenida notificándole de su inscripción. Si no es aceptado, va a recibir una carta de desaprobación y la devolución de todos sus documentos.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor llame al 1-888-428-HOPE (4673)

DISPENSARY OF

**HOPE**

## AVISO DE PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Este aviso describe como se puede emplear y revelar la información médica de usted y como usted puede obtener acceso a esta información.

Debe compartir una copia de este aviso con los miembros de su familia, sus amigos (a), etc., o sea quienes están involucrados en el cuidado de su salud.

Esta noticia afirma que el Dispensario de la Esperanza está dedicado a proteger la privacidad de la información de su salud. En nuestras operaciones nosotros creamos un registro para nuestra referencia sobre los beneficios/ servicios que usted recibe. Esta noticia le va a informar a usted como vamos a usar y/o revelar su información médica. También vamos a explicarle sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos sobre el uso y revelación de su información médica. Según la ley tenemos que:

- Mantener la privacidad de la información de su salud, conocido como PHI
- Proveer una copia de esta Noticia
- Cumplir con esta Noticia

Tenemos el derecho de cambiar nuestras prácticas privadas y hacer cambios aplicados al PHI que hemos recibido de usted antes del cambio. Si hay alguna revisión material a esta Noticia, le daremos la nueva Noticia dentro de 60 días de la revisión. Usted puede obtener una copia de la Noticia corriente por medio del Dispensario de la Esperanza usando la información que está al final de esta Noticia.

### COMO EL DISPENSARIO DE LA ESPERANZA PUEDE USAR Y REVELAR SU PHI

La ley nos da el permiso de usar y revelar su PHI para ciertos asuntos sin su permiso u autorización. La siguiente lista va a explicar estas circunstancias.

1. **Para el Tratamiento.** Podemos usar o revelar su PHI por la razón de su tratamiento. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a los médicos, enfermeras, y otros profesionales involucrados en el bien de su salud.
2. **Renumeración.** Podemos usar o revelar su PHI para obtener renumeración o evaluar el tratamiento que usted recibe bajo el beneficio del Dispensario de la Esperanza.
3. **Por Mantenimiento del Cuidado de Salud.** Podemos usar o revelar su PHI en las operaciones de nuestro centro de salud. Por ejemplo, podemos verificar periódicamente su estado de elegibilidad con el sistema de Medicaid en el estado o de otros beneficios de seguro, que pueden ser responsables por el costo-mantenimiento y planificación de sus medicamentos.
4. **Para el Patrocinador.** Podemos revelar su PHI al poder ejecutivo del Dispensario de la Esperanza, y el grupo de planificación sólo con el propósito de mantener su elegibilidad dentro del plan.
5. **Para Servicios y Planes en relación con la Salud.** El Dispensario de la Esperanza, puede hacer contacto con usted con respecto a información sobre beneficios alternativos u otros beneficios de salud en referencia a su salud.
6. **Para las Personas Responsables de su Salud.** Podemos revelar su PHI a un miembro de la familia o a otros que usted haya comprometido en su asistencia sobre la salud medica, sólo si usted está de acuerdo. Usted tiene la oportunidad de desaprobado. Por si acaso, usted no está presente o no está de acuerdo, nosotros justamente podemos decidir revelar la información por el bien de usted.

### OTRAS DIVULGACIONES DE SU PHI SIN AUTORIZACION

En las siguientes circunstancias y de acuerdo de la ley, podemos divulgar su PHI sin su permiso o autorización.

1. **Cuando está requerido por Ley.** Vamos a usar y revelar su PHI cuando el estado Federal o la ley local, lo requiere.
2. **Para el Riesgo de Salud Pública.** Vamos a usar y revelar su PHI por actividades de salud pública, a las personas que están encargadas de la prevención o control de enfermedades, para evitar daños, informar sobre reacciones a los medicamentos o problemas con productos, y hacer un informe sobre el abuso o negligencia de niños(a), ancianos(a), y personas a cargo de (adultos)
3. **Actividades de Vigilancia de Salud.** Podemos revelar su PHI a una agencia de Actividades de Vigilancia de Salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de vigilancia son necesarias para

que el gobierno controle el sistema de asistencia de salud, incluyen investigaciones, inspecciones, auditoría, y licencias.

4. **Pleitos y Disputas.** Podemos usar o revelar su PHI cuando la corte o administradores dan una orden para ver si usted está involucrado en un pleito o algo semejante. También podemos revelar su PHI respondiendo a un pedido, citación, u otro proceso legal involucrando otra persona en el pleito, pero sólo si nosotros hemos tratado de informarle del pedido de obtener una orden de protección sobre la información que la otra persona ha pedido.
5. **La Ley de Aplicación.** Podemos relevar PHI si nos pidan esta información de la ley de aplicación por las siguientes razones.
  - Referente a la muerte que es el resultado de un delito criminal;
  - Con respecto a un proceso criminal;
  - Respuesta a : autorización, notificación, citación judicial, citación, o proceso legal similar a estos;
  - Para identificar/ localizar una persona sospechosa, testigo material, fugitivo, o una persona perdida;
  - En caso de emergencia, reportar un crimen (incluyendo la localización o la(s) víctima(s) del crimen, descripción, identidad o localización de la persona quien cometió el crimen);
6. **Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Podemos usar o revelar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y a su seguridad o a la salud y la seguridad pública de otra persona. Sin embargo, solo se le revelaría a una persona capaz de ayudar, o a las autoridades responsables en ciertas circunstancias.
7. **Actividades de seguridad nacional y de inteligencia.** Podemos revelar su PHI si usted es miembro de las fuerzas armadas del país o de un país extranjero, solo cuando nos pide información la autoridad militar. También podemos revelar su PHI a los oficiales federales y seguridad nacional autorizados por la ley. Podemos revelar su PHI a oficiales federales para proteger al Presidente, a otras personas autorizadas, o a jefes de estado extranjeros, o para el manejo de investigaciones.
8. **Presos.** Podemos revelar su PHI al centro de corrección si usted es un preso o está bajo custodia oficial de la ley.

### SUS DERECHOS EN RELACION A SU PHI

Usted tiene los derechos siguientes en relación a su PHI como parte de nuestro sistema.

1. Derecho a Pedir Comunicación Confidencial
2. Derecho a Pedir Restricciones sobre el uso de su PHI
3. Derecho a Revisar y Copiar su PHI
4. Derecho a Pedir y Enmendar su PHI
5. Derecho a la Cuenta Corriente

Tenemos el derecho de negar su pedido, pero haremos lo que está dentro de nuestro poder a estudiar un pedido legítimo.

**SI USTED CREE QUE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD HAN SIDO VIOLADOS, USTED PUEDE PRESENTARLE UNA QUERRELLA ESCRITA AL JEFE DE PRIVACIDAD DEL DISPENSARIO DE LA ESPERANZA, O CON EL SECRETARIO EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS.**

Para presentar una querrela escrita, debe mandarnos su carta a la dirección que está al final de ésta página. **Nosotros no vamos a tomar represalias contra usted por mandar su querrela.**

Si usted tiene preguntas sobre el asunto o desea cumplir con uno o más de sus derechos que se encuentra en la lista anterior, tenga la bondad de ponerse en contacto con nosotros.

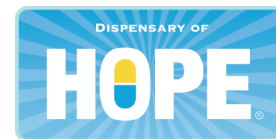
The Dispensary of Hope  
P.O. Box 281496  
Nashville, TN 37228  
Telephone (615) 736-5075

O

The Secretary of the Department of Health and Human Services  
Hubert H. Humphrey Building  
200 Independence Avenue SW  
Washington, DC 20201

# Programa de Acceso Continuo del Dispensario de la Esperanza

## Forma de Inscripción para el Paciente



P.O. Box 281496, Nashville, TN 37228, Teléfono: (888) 428-4673, Fax: (615) 736-5624

**La mayoría de los medicamentos tienen requisitos que son necesarios para inscribirse en el Programa de Acceso Continuo del Dispensario de la Esperanza:**

- 1) \* El ingreso total de la casa del Paciente no debe sobrepasar el 200% del Nivel de Pobreza Federal (*véase la tabla*)
- 2) \* El Paciente debe ser residente de los Estados Unidos (USA)
- 3) \* El Paciente tiene entre los 18 y 64 años de edad
- 4) \* El Paciente no tiene Medicaid u otro tipo de seguro que cubra sus medicamentos

\* Algunos medicamentos son elegibles aún cuando no aparecen en la lista. Por favor llame al 1-888-428-4673 para chequear si su medicamento es elegible.

¿Cuántas personas en la casa?	Criterio de Ingresos (200%FPL)		
	Anual	Mensual	Semanal
1	\$21,780	\$1,815	\$419
2	\$29,420	\$2,452	\$566
3	\$37,060	\$3,089	\$713
4	\$44,700	\$3,725	\$860
5	\$52,340	\$4,362	\$1,007
6	\$59,980	\$4,999	\$1,154
7	\$67,620	\$5,635	\$1,301
8	\$75,260	\$6,272	\$1,448
<b>Si hay más de 8 personas en la familia, tendrá que agregar \$3,820 por cada persona adicional.</b>			

Información del Paciente																				
Primer nombre:		Apellido:		Inicial:	Número de Seguro Social:															
Dirección y Apartamento:			Teléfono:	Fecha de nacimiento:	Género (f/m):															
Ciudad:	Estado:	Código:	Número de personas en la casa:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a																
Alergias a medicamentos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lista de la medicinas que le causen alergia:		¿Cómo supo sobre el Dispensario de la Esperanza?																	
Chequear si padece de alguna de las enfermedades siguientes: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gastritis</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertiroidismo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Artritis</td> <td><input type="checkbox"/> Enfisema/COPD</td> <td><input type="checkbox"/> Alergias según la época del año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> <td><input type="checkbox"/> Colesterol Alto</td> <td><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón</td> <td><input type="checkbox"/> Presión Alta</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Depresión</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotiroidismo</td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfisema/COPD	<input type="checkbox"/> Alergias según la época del año	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo																		
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfisema/COPD	<input type="checkbox"/> Alergias según la época del año																		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Convulsiones																		
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Otro _____																		
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo																			
Información de su Proveedor																				
Nombre del él/ella:		Dirección:		Teléfono:																
Oficina/Nombre de la Clínica:		Ciudad:	Estado:	Código:																
Preferencia para Recibir las Medicinas:																				
Marcar el lugar preferido para recibir las medicinas. <input type="checkbox"/> ¿Oficina de su Proveedor? <input type="checkbox"/> Su Casa																				
NOTA: El Dispensario de la Esperanza no le ofrece garantía de que sus medicamentos sean enviados al lugar preferido por usted, pero vamos a tratar de cumplir con su petición.																				

**Información sobre el Pago**

**Método de Pago:**  Cheque de Cajero  Giro Postal  Tarjeta de Crédito *(Si pago por tarjeta de crédito necesita completar la siguiente información)*

**Tipo de Tarjeta de Crédito:**  Visa  Mastercard

**Nombre que aparece en su tarjeta de crédito:**

**Número de la Tarjeta:** \_\_\_\_\_

**Dirección a donde se le envía su cuenta de crédito:**

**Fecha de Expiración:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Código de Seguridad :** *(3 números al otro lado)* \_\_\_\_\_

**Código:** \_\_\_\_\_ **Teléfono :** \_\_\_\_\_

**Información sobre Elegibilidad**

**Favor anotar si el paciente tiene:**  Medicare  Medicaid  VA Beneficios de Salud  Seguro de Salud (con cobertura RX )  Seguro de Salud (sin cobertura RX )  Salud sin Beneficios

**Incluir TODOS sus ingresos** – seguro social, pensión, incapacidad, jubilación, manutención de niños, pensión alimenticia, compensación de trabajo, desempleo, etc .

	Nombre	Parentesco	Cantidad de Ingreso	Frecuencia de ingresos (cada semana, anual)	Tipo de ingresos
1		Paciente			
2					
3					
4					
5					
6					

**Declaración de Consentimiento y Publicación**

Certifico que la información arriba es completa y exacta. Con mi firma, autorizo la publicación de información sobre mi persona y mi condición de salud al Dispensario de la Esperanza y/o a sus agentes. Autorizo al Dispensario de la Esperanza y/o a sus agentes a compartir dicha información para poder determinar mi elegibilidad para participar en el programa del Dispensario de la Esperanza, la cuál pudiera incluir el compartir datos con el objetivo de verificar mi información, contactos y entrega de información a trabajadores sociales, agencias del estado, proveedores de salud, u otras personas o entidades que el Dispensario de la Esperanza considere necesario. Yo doy autorización al Dispensario de la Esperanza, como mi abogado-de- facto, para firmar cualquiera de los aplicaciones, autorizaciones, y/u otros documentos requeridos para efectuar mi inscripción y participación en el Dispensario de la Esperanza. En el caso que el Dispensario de la Esperanza no tenga el medicamento que necesita o que ellos deciden que por el bien de mi persona sería mejor ser asistido por otro programa, entonces yo autorizo y doy permiso el Dispensario de la Esperanza para dar mi información a individuos o organizaciones que administren otros programas de ayuda. Además, yo estoy de acuerdo que en cualquier momento en que estoy inscrito en el Dispensario de la Esperanza, ellos pueden pedir más documentación para verificar lo que está dicho en mi aplicación. Yo voy a notificar al Dispensario de la Esperanza si recibo Medicare, Medicaid, Seguro de Salud, VA Beneficios, o si cambia mi estado financiero.

Yo recibí la Declaración de Privacidad del Dispensario de la Esperanza. *(Véase el documento anexo)*

**Firma del Paciente o Guardián :** \_\_\_\_\_ **Fecha :** \_\_\_\_\_

**Para el uso sólo del Dispensario de la Esperanza**

<b>Date Application Received:</b>	<b>Total Household Size:</b>	<b>Annual Gross Income:</b>	<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied (reason)	<input type="checkbox"/> Paid	
<b>Dispensing Site:</b> <i>DS080- Out of Network</i>	<b>Unique Patient ID:</b>	<b>eHope Patient ID:</b>	<b>Eligibility Start:</b>	<b>Eligibility End:</b>	<b>DOH Initial:</b>