

Programa de Ayuda de Farmacia de UNC

UNC Pharmacy Assistance Program (PAP)

Requisitos del Programa de Ayuda de Farmacia: Para calificar para todos los beneficios del Programa de Ayuda de Farmacia (PAP, por sus siglas en inglés) el paciente tiene que cumplir con los siguientes criterios de idoneidad y tiene que ser aprobado(a) antes de recibir sus medicamentos.

Criterios de idoneidad:

1. Residente de Carolina del Norte
2. No tener póliza de seguro que asuma el costo de las medicinas recetadas.
3. Ingreso familiar anual igual o inferior al 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
4. Recetas emitidas por un proveedor autorizado que trabaje actualmente en una entidad afiliada a UNC.

Instrucciones para solicitar el Programa de Ayuda de Farmacia:

1. Completar el formulario de solicitud del PAP: Firme y feche cada página. Toda la información correspondiente es obligatoria. Favor de no engrapar los documentos adicionales.
2. Proporcione los documentos necesarios (del paciente y del cónyuge o del tutor si corresponde) que acrediten el total de ingresos familiares:

- Prueba de residencia en Carolina del Norte** (*consulte el anexo B a continuación para ver los formularios aceptados de residencia en Carolina del Norte*)
- Copia del formulario de declaración de impuestos federales del año más reciente** (se requiere el formulario 1040 o 1040ez si se declaró)
- 3 estados de cuenta bancarios consecutivos y lo más reciente posible de todas las cuentas que tenga abiertas**
- Comprobante de ingresos de otras fuentes.**
- Si está empleado, los últimos 3 talonarios de pago o una carta del empleador (certificada ante notario o con el membrete de la empresa) que indique la tasa de pago, la frecuencia de pago y las horas semanales trabajadas)**
- Si trabaja por cuenta propia, presente copias de 3 meses contabilizados de ingresos y gastos de su negocio**
- Si no se perciben ingresos familiares: Proporcionar la declaración de ayuda**

3. Presente la solicitud:

- A. Por fax al 1(866)-316-4138
- B. Por correo postal:

UNC Hospitals Hillsborough Campus 430 Waterstone Drive Attn: Pharmacy Assistance Program Office Hillsborough, NC 27278

- C. Para que se procese el mismo día, lleve la solicitud completa a un asesor de PAP en las ubicaciones que se mencionan a continuación

Lugares de procesamiento de solicitudes el mismo día (8:00 a. m. - 4:00 p. m de lunes a viernes)	
UNC Hospitals Hillsborough Campus Hillsborough Outpatient Pharmacy 430 Waterstone Drive First Floor Hillsborough, NC 27278	UNC Hospitals Chapel Hill Campus Central Outpatient Pharmacy 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514

**Si tuviera alguna pregunta sobre la solicitud del PAP,
llame al (919) 966-7690, opción 2 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.**

Solicitud del programa de ayuda de farmacia

ESTADO FINANCIERO DEL PACIENTE

Importante: Para que lo puedan considerar para la ayuda financiera destinada a los servicios médicos necesarios, deberá completar esta declaración financiera confidencial. Para que la declaración se considere completa, deberá responder a todas las preguntas, firmar el formulario y adjuntar la verificación de los ingresos familiares *antes de la deducción de impuestos*. Por favor, envíe la declaración de impuestos federales más reciente, íntegra o completada, y copias de todos los otros estados de ingresos. Si no ha declarado sus impuestos federales, deberá explicar el motivo y declarar quién es la persona que le ayuda económicamente (use la Declaración de ayuda, Anexo A).

Nombre del paciente: _____ Núm. de expediente médico del paciente: _____
 Núm. de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____
 Estado civil: Soltero Casado Correo electrónico _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en caso de menores, escribir la información de los padres o del tutor(es) reconocido)				
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número del seguro social	
Número de expediente	Relación con el paciente (si es menor)		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código	Condado
Nombre del empleador		Teléfono del empleador		
		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre		
Cónyuge del paciente o padre o madre del paciente si es un menor		N.º de expediente médico	Núm. de seguro social del cónyuge o padre	
Empleador del padre/cónyuge				

HOGAR: DEPENDIENTES LEGALES A QUIENES USTED PROVEE MANUTENCIÓN ECONÓMICA

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con Paciente	¿Añadir al PAP?

Nombre del banco: _____ Cta corriente Cta de ahorro
 ¿Tiene alguna cuenta bancaria? Sí No
 ¿Declaró impuestos el año pasado? Sí No

- En caso afirmativo, incluya una copia de los formularios de impuestos federales presentados al IRS.

Programa de Ayuda de Farmacia de UNC

Ingresos familiares mensuales

(detalle el importe de ingresos que recibe cada mes)

INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS	INGRESOS MENSUALES	
Ingresos del paciente antes de los impuestos o, si el paciente es menor, detalle los ingresos de los padres (antes de impuestos)		
Segundo empleo (si tiene)		
Ingresos del cónyuge (antes de impuestos)		
Segundo empleo (si tiene)		
Ingresos empresariales/agrícolas		
Subsidio por desempleo		
Indemnización por accidentes laborales		
Pensión de jubilación		
Seguro social		
Ingresos adicionales de Seguro social		
Ingresos por discapacidad		
Beneficios para veteranos		
Pensión alimenticia		
Interés/Dividendos		
Ingresos por alquiler de inmueble (recibidos)		
Otras fuentes de ingresos		
Total de ingresos mensuales	\$	

Certifico que las respuestas arriba escritas y todo el resto de información adicional o ingresos/gastos que he enumerado en una hoja por separado, son verdaderos según mi leal saber y entender. Entiendo que facilitar una información fraudulenta o engañosa eliminará mi elegibilidad para recibir cualquier ayuda. Autorizo la divulgación de toda información necesaria para verificar la información proporcionada. Doy mi número de Seguro Social voluntariamente y estoy autorizado a dar los números de Seguro Social de otras personas que aquí se mencionan. Los números de Seguro Social se pueden utilizar para realizar identificaciones exactas, presentar reclamos de seguros, facturación, cobros, así como para el cumplimiento de las leyes federales y estatales.

Comentarios adicionales del paciente: _____

X _____
Firma del paciente (o garante)

X _____
Fecha de firma

Programa de Ayuda de Farmacia de UNC

DECLARACIÓN DE AYUDA

 (Name of Patient)

Paciente/Garante: Si el paciente no recibe ingresos, por favor, presente una Declaración de ayuda, firmada y fechada, de la persona que asume los gastos diarios de manutención. La declaración puede escribirse a continuación o adjuntarse como carta de apoyo.

Confirmando que la información facilitada anteriormente es verídica e íntegra.

Firma

(la persona que asume los gastos de manutención diarios)

Relación con el paciente

Fecha en que se firmó

Programa de Ayuda de Farmacia de UNC

RESIDENCIA EN CAROLINA DEL NORTE

Definición de residencia en Carolina del Norte: *Para cumplir con los requisitos de residencia en Carolina del Norte, la persona debe estar domiciliada en Carolina del Norte con intención de permanecer allí de manera permanente o indefinida, o demostrar que llegó a Carolina del Norte en busca de empleo o con un compromiso laboral. Una persona se considera domiciliada en Carolina del Norte si Carolina del Norte es su lugar de residencia fija, establecida o permanente y tiene la intención de permanecer allí de manera permanente o por un periodo de tiempo indefinido.*

Documentación necesaria: A fin de verificar su residencia, facilite un documento de alguna de las categorías que se listan a continuación.

- a. Una licencia de conducir válida de Carolina del Norte u otra tarjeta de identificación emitida por la División del Vehículos Automotores de Carolina del Norte (North Carolina Division of Motor Vehicles)
- b. Un recibo de pago actual de renta, alquiler o hipoteca de Carolina del Norte, dos estados de cuenta bancaria, o factura de servicios públicos a nombre del solicitante o del cónyuge legal del solicitante, que muestre un domicilio en Carolina del Norte.
- c. Un registro vigente de Carolina del Norte de un vehículo automotor a nombre del solicitante que muestre el domicilio actual del solicitante en Carolina del Norte.
- d. Un documento que verifique que el solicitante está empleado en Carolina del Norte.
- e. Uno o más documentos que certifiquen que la residencia del solicitante en su estado de residencia anterior ha terminado, por ejemplo, la cancelación de una cuenta bancaria, cese laboral o venta de una casa.
- f. La declaración de impuestos del solicitante o del cónyuge legal del solicitante que muestre un domicilio actual en Carolina del Norte.
- g. Un documento que demuestre que el solicitante se ha registrado en el servicio de empleo público o privado de Carolina del Norte.
- h. Un documento que demuestre que el solicitante ha inscrito a su(s) hijo(s) en una escuela pública o privada o en una guardería infantil ubicada en Carolina del Norte.
- i. h. Un documento que demuestre que el solicitante está recibiendo ayuda pública (como Food Stamps) u otros servicios que requieran prueba de residencia en Carolina del Norte. Work First y Energy Assistance no requieren en estos momentos prueba de residencia en Carolina del Norte.
- j. Expedientes de un departamento de salud o de otro proveedor de atención médica, que no sea de UNC, ubicado en Carolina del Norte que muestre la dirección actual del solicitante en Carolina del Norte.
- k. Una tarjeta de inscripción electoral vigente de Carolina del Norte.
- l. Un documento del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (US Department of Veterans Affairs), el Ejército de los Estados Unidos (US Military) o el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos (US Department of Homeland Security) que verifique la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un periodo de tiempo indefinido o que el solicitante está residiendo en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- m. Expedientes escolares oficiales y actuales de Carolina del Norte, firmados por autoridades escolares, o diplomas emitidos por escuelas de Carolina del Norte (incluyendo escuelas secundarias, escuelas profesionales, universidades, centros de estudios superiores) que demuestren la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un periodo de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- n. Un documento expedido por el consulado de México u otro consulado extranjero que verifique la intención del solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un periodo de tiempo indefinido o que el solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o porque tiene un compromiso laboral.
- o. Un documento que demuestre que el solicitante está viviendo en un albergue para personas sin hogar en Carolina del Norte.

**Formulario de consentimiento del
Programa de Ayuda de Farmacia de UNC**

Nombre del paciente _____ Núm. de expediente médico: _____

Yo doy permiso para que los especialistas del Programa de Ayuda de los Medicamentos, empleados de UNC Health Care para que:

1. Divulguen mi información a las organizaciones de ayuda a pacientes para que me ayuden a obtener medicamentos recetados por un proveedor de UNC.
2. Actúen como representantes para buscar medicamentos de receta que hayan sido donados para mi uso. A este fin, autorizo a los especialistas de MAP a que firmen en mi nombre en todos los formularios de programas de ayuda de farmacia necesarios para los programas de ayuda a pacientes ya sean independientes o de fabricantes.

Acepto:

1. Cooperar por completo con el especialista del Programa de Ayuda de Medicamentos en la presentación de la solicitud al UNC PAP y otros programas de ayuda, según se requiera. No cooperar con el especialista resultará en la cancelación, sin previo aviso, de cualquier ayuda ofrecida por el PAP.
2. Cooperar por completo en la solicitud de otros programas de ayuda en los cuales yo pudiera calificar para recibir beneficios (p. ej., Medicaid, Medicare, programa NC HMAP, programa de anemia falciforme, etc.) dentro de los plazos de tiempo establecidos.
3. Proporcionar información íntegra y precisa. Facilitar información engañosa o imprecisa resultará en la terminación, sin previo aviso, de cualquier ayuda ofrecida por la Red Farmacéutica Carolina Care de UNC (UNC Carolina Care Pharmacy Network, CCPN).
4. Obtenga el medicamento del fabricante de acuerdo con sus políticas y procedimientos si se aprueba.

Acepto notificar al Programa de Ayuda de la Farmacia si:

1. Se me concedieran los beneficios de North Carolina Medicaid.
2. Cumpliera con los requisitos para recibir beneficios de Medicare o por discapacidad.
3. Se recibe cualquier beneficio que pague los medicamentos recetados.
4. Mis ingresos aumentarían.
5. Me mudara, viviera fuera del estado y ya no fuera residente permanente de Carolina del Norte.

Entiendo que los beneficios proporcionados a través del UNC PAP son limitados y están sujetos a cambios sin previo aviso.

Cobertura para medicamentos:

1. Está limitada a determinados medicamentos, artículos para ostomía y diabetes que aparecen en la lista de los medicamentos disponibles del PAP y están sujetos a restricciones para el control de utilización.
2. Requiere presentar, en una farmacia ambulatoria participante de UNC CCPN, una receta escrita por un proveedor que haya visto al paciente en una institución afiliada a UNC.
3. Para surtir los medicamentos con recetas renovables se deben ordenar desde la farmacia de entrega a domicilio del Centro de Servicios Compartidos (SSC, siglas en inglés), con ciertas excepciones (consulte con el representante de la farmacia de UNC para más detalles).

Yo entiendo y acepto cooperar con las condiciones exigidas y requerimientos del Programa de Ayuda de Farmacia.

Firma del paciente (o garante): _____ Fecha: _____