



APLICACIÓN DE PROGRAMA DE ACCESO DE DISPOSITIVO

Desert Star Institute for Family Planning, Inc. entiende que a veces las personas enfrentan desafíos financieros, y estamos aquí para ayudar. Nos hemos asociado con Direct Relief, una organización benéfica, para proporcionar dispositivos intrauterinos de Liletta® a pacientes calificados.

¿CÓMO SÉ SI SOY ELEGIBLE?

Usted puede ser elegible para el programa de acceso de dispositivo si usted:

- Vive en los Estados Unidos.
- No tiene seguro a través de su empleador, AHCCCS/Medicaid/Medicare o cualquier otra asistencia pública o privada para medicamentos.
- Son un paciente registrado de la clínica de planificación familiar de Desert Star.

¿CÓMO APLICO?

Completa y firma esta aplicación. Proporcione una prueba de la dirección y la documentación financiera con su solicitud.

SU NOMBRE E INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección Postal _____ Ciudad/Estado ____ Código Postal _____

Preferido de Contacto Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Tiempo de Contacto Preferido Mañana Tarde Email _____

SU INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro médico? Si No

SU INGRESO FAMILIAR

¿Cuántas personas viven en su casa y dependen de su ingreso familiar (incluyense)? _____

Por ejemplo: usted (1) su esposo (1) sus hijos (2) sus padres (2) = 6 **What is your total household income? \$ _____**
Esto incluye todos los ingresos realizados por usted y sus parientes que viven en su casa. Por favor incluya los ingresos ganados por salarios de trabajo, beneficios de jubilación del seguro social, beneficio por incapacidad del seguro social, desempleo, cualquier Pensión, y cualquier otro ingreso incluyendo pensión alimenticia y manutención de niños. Agregar todos estos números juntos da el ingreso total de su casa.

Se requiere que presente la prueba de ingresos, que incluyen cualquier de los siguientes (compruebe todo que se aplican): Reciente IRS Form 1040, Form 4506T, Form W2 La carta del empleador Hojas de paga recientes Declaración de desempleo Declaración del Seguro Social

Vuelva la aplicación completo en persona, por correo electrónico o por fax: Desert Star Institute for Family Planning, 5501 N 19th Ave, Suite 420, Phoenix, AZ 85015. info@desertstarfp.org. 480.393.8121 (fax)

Patient Certification/Authorization:

I attest that all the information that I have provided to determine my eligibility for product donation programs is complete and correct to the best of my knowledge. I understand that I must provide proof of eligibility in order to participate in this program, and that I cannot request reimbursement for any medication received through this program from any government program or third-party insurer. I further agree to notify the clinic of any changes in my income, residency, insurance, or other factors used to determine my eligibility status were I to receive additional donated product in the future. I authorize the release of my Protected Health Information (PHI) to medication patient assistance programs or any third parties retained to administer these programs and who may audit my PHI for the purpose of verifying my eligibility.

Patient Signature: _____ Date: _____

Office Use Only

Proof of address document: _____ Staff initials: _____ Date: _____

Proof of income document: _____ Staff initials: _____ Date: _____

Program eligibility confirmed: Yes No

Notes: _____
