

Por favor note: Sólo los faxes enviados desde la oficina del médico que prescribe junto con portada de fax del médico y el encabezado de fax pueden ser aceptadas.

Instrucciones para la solicitud

Los pacientes que quieran que se considere su elegibilidad deben enviar una solicitud completa junto con lo siguiente:

- Comprobante de ingresos actual (Ver la Sección 3)
- Recetas originales válidas que tengan la firma del médico
- Toda otra documentación que corresponda

Sección 1. Información del proveedor de atención médica que genera la receta:

Todos los campos en la sección de información para el médico deben ser completados. (La firma del médico en la receta debe coincidir con la firma del médico que prescribe en la solicitud.)

Sección 2. Información del paciente:

Todos los campos de la sección de información del paciente deben ser completados. Escriba N/A cuando sea apropiado.

Sección 3. Información Financiera:

Los pacientes deben indicar el origen de todos sus ingresos y adjuntar la documentación tal como se describe a continuación. Por favor adjunte una copia de la última declaración de impuestos federales del paciente.

El programa acepta copias de todos los formularios del IRS, incluyendo pero no limitado a: Todas las formas 1040 y 1099 fiscales, así como las declaraciones de desempleo que muestran los ingresos brutos. (Debe enviar todas las páginas).

Si el paciente no ha presentado su declaración de impuesto sobre la renta federal en los dieciséis (16) meses anteriores, por favor envíe una copia de cualquier de los siguientes documentos que correspondan (Cada documento que proporcione debe cubrir al menos todo un mes de ingreso)

Formulario del IRS 4506T

Declaración de impuestos W-2
Comprobantes de ingresos por pensiones
Comprobantes de ingresos por invalidez
Comprobantes/cheques de seguro social

Comprobantes de ingresos por retiro de servicios
Ferroviario
Talones de cheques (deben incluir el nombre / ID,
frecuencia)
Declaraciones de Intereses, dividendos u otros ingresos
Pensión alimenticia

Sección 4. Información de Seguros:

Los pacientes deben contestar todas las preguntas de esta sección.

**** Si el paciente ha solicitado el Subsidio de la Parte D de Medicare para Bajos Ingresos (también conocido como "Ayuda Adicional") a través de la Administración del Seguridad Social y dentro del último año fue negado, por favor adjunte una copia de la carta de denegación.**

Sección 5. Atestación y Firma del Paciente (requerido)

Firma del paciente es necesaria para la determinación de elegibilidad.

Los siguientes medicamentos están disponibles a través del programa.

Aptivus®	Jardiance®	Stiolto Respimat®
Atrovent HFA®	Jentaduetto®	Striverdi® Respimat®
Combivent® Respimat®	Ofev® (Separate application required)	Synjardy®
Gilotrif® (Separate application required)	Pradaxa®	Tradjenta®
Glyxambi®	Spiriva Handihaler® & Spiriva Respimat®	Viramune XR®

Los medicamentos disponibles en el programa están sujetos a cambios.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE GENERA LA RECETA - Viramune XR y Aptivus se envían siempre al proveedor de atención médica que genera la receta. Todos los demás productos se enviarán directamente a la casa del paciente.

Nombre del médico:		DEA/ Número de licencia del estado:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: ()	Fax: ()	

A lo mejor de mi conocimiento, este paciente no tiene cobertura de medicamentos (aparte de la Parte D de Medicare) para la prescripción adjunta. Yo verifico que a lo mejor de mi conocimiento la información proporcionada es completa y exacta. Certifico que no voy a buscar el pago de cualquier medicamento dispensado de este programa.

Firma original del proveedor de atención médica que genera la receta <i>requerido</i> (Debe coincidir con la firma en la prescripción) X	Fecha:
---	--------

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:		N.º de seguro social/N.º de identificación:	
Dirección de Envío del paciente		Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de teléfono: ()	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Número de personas en el hogar (incluido usted)?	¿ Residente de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es veterano de las fuerzas armadas de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido pagos por invalidez de parte de la Seguridad Social durante más de 24 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Alergias:		Otros medicamentos:	

INFORMACIÓN FINANCIERA - Adjunte una copia de su declaración de impuestos federales más reciente u otra documentación financiera aceptable. Los Estados de cuenta de su banco no son aceptados. Debe incluir documentos financieros de TODOS los miembros de su casa, si corresponde Ejemplos de ingresos: formularios del IRS 1040, 1040EZ, 1040X, 1099

Indicar el origen de todos los ingresos y los montos brutos mensuales				
Salario/Sueldos	\$ _____	Seguridad Social	\$ _____	ADJUNTAR COMPROBANTES DE INGRESOS (no enviar documentos originales)
Invalidez	\$ _____	Pensión/Retiro	\$ _____	
Pensión alimenticia / Manutención de Niños	\$ _____	Desempleo/Comp. laboral	\$ _____	
Ingreso mensual bruto del hogar: \$ _____				
Bienes totales del hogar del paciente (excluye primer hogar y automóvil):\$ _____				

INFORMACIÓN DEL SEGURO (incluir copia del anverso y el reverso de la tarjeta de seguro, si corresponde)

Por favor, conteste todas las preguntas a continuación:

¿Tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene Medicaid parte D? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es su número de Medicare?

SI TIENES UNA TARJETA DE MEDICARE, POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DEL FRENTE Y LA PARTE POSTERIOR DE LA TARJETA

¿Recibió una carta de denegación de su solicitud de Subsidio por bajos ingresos? Si la respuesta es sí, adjuntar una copia con la solicitud.

¿Recibe beneficios de VA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asistencia de Medicamentos para Ancianos del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene cobertura de medicamentos recetados privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del plan de cobertura de medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TESTIMONIO Y FIRMA DEL PACIENTE

Certifico que esta y cualquier otra información subsecuente que yo provea, es completa y exacta al mejor de mi conocimiento, y que yo soy incapaz de pagar el medicamento solicitado. Entiendo que la información adicional puede ser solicitada para procesar esta solicitud, sino que toda la información médica y financiera se mantendrá confidencial como lo requiere la ley. Entiendo que el producto (s) puesto a mi disposición en virtud de este programa se le puede negar a mí si yo no coopero plenamente con los esfuerzos realizados para verificar la información proporcionada en esta solicitud, o si no adoptara medidas para garantizar los medios alternativos de cobertura de medicamentos recetados que están disponibles para mí, después me doy cuenta de esas alternativas. Certifico que no trataré de obtener el reembolso de cualquier medicamento dispensado en el marco de este programa. La Boehringer Ingelheim Cares Foundation, Inc. ("Cares BI") no está obligada a verificar toda la información contenida en la Sección 1 o confirmar otros medicamentos que estoy tomando.

Por la presente autorizo a mis planes de salud, médicos y proveedores de farmacia a revelar a BI Cares y sus afiliados, agentes, representantes y proveedores de servicios ("Beneficiarios"), y autorizar a los destinatarios de acceso, obtener, utilizar, divulgar o recibir, mi forma individual información de salud identificable, que puede incluir información relacionada con mi condición médica, tratamiento, gestión de la atención, seguro de salud y recetas. Entiendo que esta autorización es voluntaria, pero que si no firmo el mismo, podría no ser capaz de recibir los servicios de BI Cares. Entiendo que la información publicada bajo esta autorización puede dejar de estar protegida por la ley estatal y federal. Los beneficiarios pueden utilizar y divulgar a las organizaciones pertinentes, mi información si es necesario para procesar esta solicitud, ayudar en la identificación de otros recursos de asistencia al paciente, verificar la información proporcionada en esta solicitud, y reportar la información a Boehringer Ingelheim y sus afiliados, agentes, representantes y proveedores de servicios. Entiendo que puedo retirar mi autorización por escrito comunicándose con BI Cares en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada en relación con esta autorización. Entiendo que si no retiro mi autorización, esta autorización estará en vigor por un año a partir de la fecha de aprobación de la aplicación si soy aprobado para el programa. Entiendo que mi farmacia puede recibir una compensación a cambio de informes que contienen mi información.

Firma original del paciente o del poder legal (<i>Requerido para procesar la solicitud</i>) <i>Si firma como poder legal, por favor envíe el documento legal</i> X	Fecha:
--	--------