



PROGRAMA DE ASISTENCIA A LA MEDICACIÓN PARA LA SALUD MENTAL

SafeNetRx™
FARMACIA CARITATIVA

SOLICÍTALO EN LÍNEA EN
WWW.PORTAL.SAFENETRX.ORG



PROPORCIONA SUMINISTROS GRATUITOS PARA 30 DIAS

de medicamentos cubiertos para un máximo de 6 meses con una receta válida a través de nuestra farmacia de venta por correo.

ELEGIBILIDAD

- Recientemente liberado de la policía estatal o local (en los últimos 3 años)
- Viviendo en el estado de Iowa
- Renta familiar anual igual o inferior a la siguiente:

# DE INDIVIDUOS EN EL HOGAR	RENTA FAMILIAR ANUAL
-----------------------------	----------------------

1	\$29,160
2	\$39,440
3	\$49,720
4	\$60,000
5	\$70,280
6	\$80,560
7	\$90,840
8	\$101,120

MEDICAMENTOS CUBIERTOS

ANTIANSIEDAD

Buspirone
Diphenhydramine
Hydroxyzine
Propranolol
Clonidine
Melatonin

ANTIDEPRESIVOS

Amitriptyline
Bupropion
Citalopram
Doxepin
Duloxetine
Escitalopram
Fluoxetine
Imipramine
Mirtazapine
Nortriptyline
Paroxetine
Sertraline
Trazodone
Venlafaxine

ANTIPSIÓTICO

Aripiprazole
Haloperidol
Olanzapine
Perphenazine
Quetiapine
Risperidone
Ziprasidone

ESTABILIZADOR DEL ESTADO DE ÁNIMO

Carbamazepine
Divalproex
Lamotrigine
Lithium

EPS/PTSD

Benzotropine
Cyproheptadine
Naltrexone
Prazosin

ADHD/NARCOLEPSIA

Atomoxetine
Guanfacine

Otros medicamentos pueden estar cubiertos en función de la disponibilidad

COMIENCE HOY MISMO!



SOLICITUD EN LÍNEA

en www.safenetrx.org O rellene la solicitud adjunta a este folleto



PRESCRIPCIONES

Pídale a su médico que nos envíe los datos de su receta o infórmenos si tiene recetas en otra farmacia.



CONTACTO

Llame a la farmacia para empezar a utilizar el programa y le enviaremos los medicamentos directamente a su domicilio.

¿Necesita ayuda para encontrar un proveedor pero no tiene seguro que cubra el coste? Visite fciowa.org para encontrar una lista de clínicas gratuitas cerca de usted.



(515) 276-0066

pharmacy@safenetrx.org

www.safenetrx.org



SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS

SafeNetRx™
FARMACIA CARITATIVA

SOLICÍTALO EN LÍNEA EN
WWW.PORTAL.SAFENETRX.ORG



INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre : _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento : ___ / ___ / ___ **Sexo :** Masculino Femenino **Alergias :** _____

Dirección de Envío : _____
Calle Apt #

_____ Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono: _____ **Correo Electrónico :** _____

Nombre de la prisión o cárcel del condado de la que salió: _____ **Fecha aproximada de liberación:** _____

ID de registro (ICON #): _____ **Nombre del agente de libertad condicional:** _____

Medicamentos actuales: _____

REQUISITOS DE ADMISIÓN Válido durante un año a partir de la fecha de inscripción

Estoy viviendo en iowa : Sí No **Renta familiar anual (\$) :** _____

No puedo pagar mis medicamentos porque (marque una opción): No tengo seguro Tengo seguro pero no puedo permitirme el copago **Número de personas en el hogar (#) :** _____

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta en la fecha indicada a continuación. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para recibir medicamentos donados y que cualquier tergiversación en este documento anulará la capacidad del solicitante anterior para recibir medicamentos de la Farmacia SafeNetRx. Entiendo que SafeNetRx puede ponerse en contacto conmigo en el futuro para verificar esta información. Autorizo la divulgación de la información proporcionada necesaria para fines de auditoría a los administradores del programa o a las personas designadas por terceros para verificar la elegibilidad para los programas de donación de medicamentos o acceder a registros públicos para una evaluación del programa SafeNetRx y permito que se utilice lo siguiente en lugar de este documento original: (1) una fotocopia de esta autorización, o (2) el uso de una computadora para indicar que hay una firma en el archivo. Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de SafeNetRx antes de firmar este documento. El Aviso de prácticas de privacidad de SafeNetRx se me ha ofrecido para que lo vea en línea en safenetrx.org. El Aviso de Prácticas de Privacidad descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado accediendo al sitio web de SafeNetRx o llamando a la farmacia y solicitando que se me envíe una copia revisada por correo.

ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA A

✉ Email: pharmacy@safenetrx.org
☎ Fax: (515) 401-1191

GRACIAS!

SAFENETRX FARMACIA CARITATIVA

☎ Teléfono: (515) 276-0066

FIRMA _____

Marque la casilla si usted es un representante que firma en nombre del solicitante con el permiso verbal de éste

FECHA _____

