



INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre (Imprima) : _____

Fecha de nacimiento : ____ / ____ / ____ Sexo : Male Female Número telefónico : _____

Domicillio : _____
Domicillio

Ciudad, Estado, Código Postal

ELEGIBILIDAD

¿Usted es residente actual del estado de Iowa o Nebraska? Si No

NO tengo cobertura de seguro para recetas médicas. Si No

Yo entiendo que la receta médica recibida ha sido donada. Si No

Yo renuncio mi derecho a protección bajo la Ley de envasado para la prevención del envenenamiento. Si No

DE INDIVIDUOS EN EL HOGAR INGRESOS

1	\$31,300
2	\$42,300
3	\$53,300
4	\$64,300
5	\$75,300
6	\$86,300
7	\$97,300
8	\$108,300

Mi ingreso familiar es igual a o por debajo de los niveles arriba mencionados Si No

Con mi firma, certifico que toda la información en este formulario es correcta y completa. Yo entiendo que la SafeNetRx puede contactarme en el futuro para verificar esta información. Si la información que he suministrado es incompleta o incorrecta, y yo no puedo satisfacer los requerimientos de elegibilidad, cualquier servicio que yo solicite puede ser negado.

Además, yo entiendo que la farmacia, farmacéutico, clínica, fabricante y otros involucrados con este programa no pueden ser responsables de problemas con este medicamento que ha sido aceptado como donación y dispensado de buena fe.

Privacy Policy: SafeNetRx tomará todos los pasos apropiados para mantener confidencial cualquier información personal que usted comparte con nosotros. SafeNetRx no venderá, rentará, o regalará cualquier información que obtenemos para mejorar nuestra relación con nuestros miembros. Si tiene preguntas acerca de esta política de privacidad, puede contactarnos al repository@safenetrx.org o llamar sin costo al 1-866-282-5817 M-F 8:00a.m. a 4:30p.m. Hora Central.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE

FECHA