



THE SENIOR SOURCE
SENIOR CITIZENS
OF GREATER DALLAS

Solicitud Para Recetas Médicas Para Ancianos Quienes Reciben Medicare

Esta forma les ayudará a las personas ancianas de bajos recursos para solicitar recetas médicas a bajo costo, o gratis, a través del programa de asistencia de medicamentos establecido por varias compañías farmacéuticas. El cliente debe tener 55 o más años y debe vivir en el Condado de Dallas.

Nombre del Cliente _____

Nombre

Medio

Apellido

Domicilio _____

Número de apartamento

Ciudad _____ Estado TX Código Postal _____ Teléfono (____) _____

Número de Seguro Social del Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____

Mes/ día/ año

Sexo _____ Estado Civil _____ ¿Cuántas personas viven en casa? _____

Soltero/a, Casado/a, Viudo/a

Ingreso(s) Mensual(es) _____ Fuente(s) de Ingreso(s) _____

Seguro Social, SSI, pensión, Veterano, otro

Fondos monetarios, ahorros, segunda pensión, propiedad(es) secundaria(s) disponible _____

La persona que lo recomendó a nuestra agencia _____

¿Tiene usted Medicaid? Sí No

Nombre de su Plan de Medicare de Parte D: _____

¿Ha llegado a la etapa de cobertura? Sí No

La etapa de cobertura está conocida como "The Donut Hole." Esta ocurre cuando usted ha gastado \$2510 por sus medicinas.

¿Ha aplicado usted con la Administración del Seguro Social para el programa de Ayuda Extra? Sí No

*El Programa de Ayuda Extra ayuda pagar por el costo de Medicare de Parte D y co-pagos.

Información de su tarjeta de Medicare:

Número de Medicare: _____

La fecha efectiva de Parte A: _____ La fecha efectiva de Parte B: _____

Por favor, llene la información acerca de su médico principal. Si usted tiene más de un médico que le escribe recetas medicas, por favor de escribir su información al lado reverso.

Nombre de médico _____ Número de teléfono (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado TX Código Postal _____

Entiendo que esta información será confidencial y usada sólo para solicitar ayuda del programa de asistencia de medicamentos. Doy mi permiso al programa de asistencia de medicamentos para dar mi información al doctor apropiado o a la compañía farmacéutica y/o para pedir información adicional sobre mí con el doctor apropiado o con la compañía farmacéutica para el propósito de recibir medicamentos gratis o a bajo costo. Certifico que la información que he dado está completa y correcta.

Firma del Cliente (o Tutor Legal) _____ Fecha _____

La persona que está llenando esta forma _____

(si no es el cliente mismo)

Nombre

Medio

Apellido

Número de teléfono

Privilegiado y Confidencial: Esta información es confidencial y es sólo para los individuos que completen esta forma.

