



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? 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	\$30,120
2	\$40,880
3	\$51,640
4	\$62,400
5	\$73,160
6	\$83,920
7	\$94,680
8	\$105,440

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 será utilizada 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