Welvista
121 Greystone Blvd.
Columbia, SC 29210
803-933-9183
www.medicationassistancepharmacy.org

MAP
Medication Assistance
PHARMACY
A WELVISTA PROGRAM

Estimado solicitante,

La Farmacia de Asistencia con Medicamentos (MAP) de Welvista es una farmacia sin fines de lucro que realiza pedidos por correo y es completamente GRATIS para los residentes de Carolina del Sur que califiquen. No hay ninguna tarifa para solicitar y no si cobra por ningún medicamento que reciba de Welvista.

Para participar en nuestro programa, complete y envíe la solicitud adjunta, junto con los documentos requeridos (resaltados a continuación) a MAP. Se incluyen los requisitos de elegibilidad, las instrucciones detalladas y los comprobantes de ingresos aceptables. Su solicitud será devuelta si no se incluyen alguno de los elementos resaltados a continuación:

1. **Solicitud:** complete TODAS las secciones. Asegúrese de completar las secciones de SEGURO y ALERGIAS A MEDICAMENTOS de la solicitud.
2. **Comprobante de domicilio:** una copia de su licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal, factura de servicios públicos u otro correo con su nombre y dirección física indicada en la solicitud (no un apartado postal).
3. **Identificación con foto:** una copia de su licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte. ¿No tiene alguno? Llámenos.
4. **Comprobante de ingresos de TODOS los miembros de su hogar:** Nosotros considera que su hogar incluye a todas las personas que viven juntas bajo el mismo techo. Si nadie en su hogar tiene ingresos, complete un formulario de "Sin Ingresos" (llámenos o escanee a continuación). El Formulario de Sin Ingresos completado debe indicar cómo paga la vivienda, la comida y los servicios públicos.
5. **Recetas:** Si su médico le dio recetas en papel, los originales deben enviarse por correo (no por fax) a Farmacia de asistencia con medicamentos.

Tiene cuatro maneras de enviar su solicitud y los documentos de respaldo:

- Aplique **Por Linia** en www.medicationAssistancepharmacy.org
- **POR CORREO** a Welvista 121 Greystone Blvd Columbia, SC 29210
- **ESCANEANDO** o **ENVIANDO POR CORREO ELECTRÓNICO** a applications@welvista.org
- **POR FAX** al 803-254-0892

Atentamente,

Equipo de servicios al paciente de la farmacia
De asistencia con medicamentos

BUSCA FORMULARIOS Y
PARA MÁS INFORMACIÓN.

¿Necesitar ayuda? visite **Welvista.org** o llame al **803-933-9183**

Nombre

Primera | Metro | Ultima

Fecha de nacimiento

Mes | Dia | Ano

Numero de seguro social

Genero

Masculino ☐ No Binario ☐
Femenino ☐

Idioma Preferido

Ingles ☐
Español ☐

Direccion (Donde recives correo)

Nombre de la calle

Ciudad | Estato

Direccion (donde vives, si es diferente)

Nombre de la calle

Ciudad | Estato | Codigo Postal

¿Es usted residente de Carolina del Sur?

☐ Si ☐ No

Condado en que vives

Número de personas que viven en su casa, incluido usted.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9

Tiene uno de los siguientes

☐ Ley de seguro medico/cuidado de salud asequible
☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Beneficios de salud de VA
☐ Family Planning Medicaid
☐ No tengo ningun seguro medico de salud

Raza

☐ No especificdo ☐ Negro o afroamericano
☐ Blanca ☐ Asiatica
☐ Asiatica ☐ Otra: _____

Etnicidad

☐ Desconocida ☐ No Hispana o Latina
☐ Hispana o Latina ☐ Otra: _____

Suscríbete para recibir mensajes de texto

Doy mi consentimiento para recibir notificaciones automatizadas por mensajes de texto (SMS) y/o mensajes telefónicos con respecto a

- Mi estado de inscripción, mis recetas y atención médica, incluidas las notificaciones de la farmacia MAP, y los cambios en las políticas de Welvista. ☐ Si ☐ No
- Mensajes de marketing y actualizaciones sobre los servicios de Welvista. ☐ Si ☐ No

Correo electronico

Telefono

Teléfono móvil

Teléfono Alternativo

Doctora/Clinicia/Proveedor de Salud

Nombre

Numero de telefono

Enumere todos los medicamentos a los que es alérgico. Escriba "Ninguno" si no tiene ninguna.

Acuerdo/Divulgacion/Liberacion

Certifico que la información anterior es completa y precisa. Con mi firma a continuación, autorizo la divulgación de mi información y mi condición médica a Welvista y/o sus agentes. Autorizo a Welvista y/o sus agentes a usar y divulgar dicha información para evaluar mi elegibilidad e inscripción en el programa Welvista. Además, acepto que, en cualquier momento durante mi inscripción, Welvista podrá solicitar documentación adicional para verificar la información proporcionada en mi solicitud. Notificaré a Welvista si cumplo los requisitos para Medicare, Medicaid, otro seguro médico, beneficios de salud para veteranos, o si hay algún cambio en mi situación financiera o en mi dirección postal. Asimismo, confirmo haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Welvista.

Firma _____ Fecha _____

¿Cómo te enteraste de nosotros?

☐ Medico/Clinica ☐ Medicaid
☐ Evento
☐ Redes Sociales
☐ Publicidad Tv/Vala publicitaria/Radio

¿Perdiste tu cobertura de Marketplace/ACA en 2026?

☐ Si ☐ No

Welvista — Hope and wellness for the uninsured.
MAP Medication Assistance PHARMACY

121 Greystone Blvd.
Columbia, SC 29210
PH: 803-933-9183
Fax: 803-254-0892
applications@welvista.org

Para obtener más información sobre nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, escanee este código QR o visite **https://bit.ly/WelvistaPrivacy**

SCAN HERE

USO ECLUSIVO PARA MEDICOS/CLINICAS

Nombre del médico/clínica/proveedor de atención médica

Nombre del hospital

Access Health Group

USO EXCLUSIVO DE WELVISTA

Lista de todos los ingresos del hogar cantidades mensuales

Sueldo/Salario	
Discapacidad	
Pension alimenticia/Manutencion infantil	
Seguridad Social	
Jubilación de Pensión	
Desempleo/compensación laboral	
	Ingreso mensual total del hogar

Aprobado/Rechazad o por

MR # **Clave por**

Identificacion del plan **AC Health**

Pt Advocate **SCT** **DOC**

Fecha de aprobacion **Fecha de expiracion**

Facultad **FP#**

Welvista
121 Greystone Blvd.
Columbia, SC 29210
803-933-9183
www.welvista.org

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD PARA LA FARMACIA DE ASISTENCIA CON MEDICAMENTOS

La inscripción a MAP es por hasta (1) año. Una vez aprobado, será elegible para recibir cualquier medicamento de nuestra lista de medicamentos actual. Los medicamentos se envían desde nuestra farmacia en Columbia a la dirección postal que figura en su solicitud. Siempre que sea posible, las recetas se surten para un suministro de 90 días. Espere de 2 a 3 semanas para procesar su solicitud.

Para calificar, usted:

- ✓ Debe ser residente legal de Carolina del Sur.
- ✓ No puede tener Medicare, Medicaid (excepto Planificación Familiar/Chequeo de Healthy Connections), Beneficios de Salud de VA, Seguro Médico Privado o la Ley de Atención Médica Asequible.
- ✓ Los ingresos del hogar deben ser iguales o inferiores al 300% del nivel federal de pobreza. Consulte este cuadro. →

Pautas federales de pobreza del HHS de 2026**
**Ingreso bruto antes de impuestos y/o deducciones

Persons in Family or Household	Monthly Gross Income	Yearly Gross Income
1	$3,990	$47,880
2	$5,410	$64,920
3	$6,830	$81,960
4	$8,250	$99,000
5	$9,670	$116,040
6	$11,090	$133,080
7	$12,510	$150,120
8	$13,930	$167,160
For each additional person, add:	$1,420	$17,040

Devuelva la solicitud completa con los documentos de respaldo a:
Welvista, 121 Greystone Blvd. Columbia, SC 29210

Documentos de respaldo:

1. **Comprobante de dirección física:** proporcione prueba de dónde vive (la dirección que indicó en la solicitud).
2. **Identificación con foto:** una copia de su licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte. Llámenos si no tiene una identificación con fotografía. 803-933-9183x400.
3. **Comprobante de ingresos:** presente comprobante de TODOS los ingresos de cada persona de su hogar que reciba ingresos. Vea ejemplos de comprobantes de ingresos y adjunte TODOS los que apliquen para cada persona en su hogar que recibe ingresos.

Ejemplos de comprobantes de Ingresos

Trabajo
-Envíe 2 recibos de pago consecutivos actuales que no tengan más de 45 días sin que falten semanas entre ellos, que muestren su ingreso BRUTO o el de su hogar (con las deducciones enumeradas), no el NETO. No podemos aceptar copias de cheques o extractos bancarios.
-En su lugar, puede enviar una carta firmada y fechada por usted o el empleador de su hogar indicando qué trabajo se realiza, si hay alguna deducción del salario, la tasa de pago BRUTA y la cantidad de horas trabajadas durante las últimas 2 semanas. Puede enviar una copia completa del formulario de Declaración de ingresos del empleador de farmacia de asistencia con medicamentos.

Comisión: envíe 1 mes de documentación que indique los ingresos por comisiones.

Trabajos ocasionales/trabajos para familiares, amigos o vecinos: envíe una carta firmada y fechada por quienes usted o su hogar trabajan para indicar qué trabajo se realiza y el ingreso mensual.

Trabajador independiente: envíe su declaración de impuestos federal 1040 o la de su hogar y el Anexo C: hoja de trabajo de pérdidas o ganancias comerciales o puede enviar una copia completa del formulario de autodeclaración de ingresos de MAP. Llame a MAP si necesita este formulario.

Desempleo: envíe una Declaración de beneficios de desempleo que muestre el monto semanal recibido y la fecha de fin de año de beneficios (BYE). Debe quedar claro que actualmente está recibiendo beneficios. No podemos aceptar copias de cheques.

Jubilación del Seguro Social/Incapacidad del Seguro Social: envíe la carta del nuevo monto del beneficio del Seguro Social que muestre el monto MENSUAL recibido para el año ACTUAL. Si usted es la persona que solicita y recibe incapacidad del Seguro Social, también debe enviar su AVISO DE ADJUDICACIÓN o carta de derecho del Seguro Social que muestre el mes y año en que adquirió el derecho a la incapacidad. Debe estar dentro de los primeros dos años de discapacidad cuando no califica para Medicare. No podemos aceptar copias de cheques o extractos bancarios.

Otro retiro/pensión/anualidad: envíe la declaración de beneficios actual que muestre el monto mensual recibido con cualquier deducción O una copia del formulario 1099. No podemos aceptar copias de cheques o extractos bancarios.

Manutención de menores/pensión alimenticia: envíe una copia de una declaración actual del secretario del tribunal o una copia de la sentencia de divorcio completa indicando la cantidad recibida y con qué frecuencia.

Sin ingresos: si nadie en su hogar tiene ingresos, envíe un formulario sin ingresos completamente completo. Necesitamos saber cómo está pagando su vivienda, comida y servicios públicos. Llame a Welvista si necesita este formulario.

Datos Breves De Farmacia

- Pídale a su médico que escriba sus recetas para 90 días.
- Puede tardar hasta 10 días en recibir su medicamento. Esto comienza cuando recibimos su solicitud de resurtido y termina cuando usted lo recibe.
- Notifique a MAP inmediatamente si cambia su dirección. No podemos reenviar medicamentos enviados a una dirección incorrecta.
- Debe llamar para solicitar resurtidos cada vez. Los resurtidos no son automáticos. Solicite el resurtido de su receta 10 días antes de que se le acabe. La etiqueta de su receta dice: Please call for refills on xx/xx/xxxx.
- Cómo solicitar resurtidos:
  - Llame al 803-933-9184
  - Use la aplicación RxLocal
  - Envíenos un mensaje de texto al 803-658-1344
- ¿Tiene recetas en otra farmacia? Podemos transferirlas. Llame al 803-933-9183 o envíe un mensaje de texto al 803-658-1344 con el nombre y número de teléfono de la farmacia y los nombres de los medicamentos que desea transferir.
- Su médico puede enviar recetas a MAP electrónicamente, por fax o por llamada telefónica. ¡Es ilegal que cualquier persona que no sea la oficina de su médico llame o envíe recetas por fax! Si su médico le da una receta en papel, envíela por correo a:

Welvista
Farmacia de Asistencia
con Medicamentos
121 Greystone Blvd.
Columbia, SC 29210-8002

- Cuando sea aprobado para MAP, recibirá una tarjeta de información de farmacia para llevar en su billetera. Lleve esta tarjeta a sus visitas médicas o al servicio de urgencias. La tarjeta incluye un código QR con nuestra lista actual de medicamentos, o visite https://www.welvista.org/providers
- Welvista MAP no almacena medicamentos de sustancias controladas.
- Recibirá un aviso de renovación dos meses antes de que expire su solicitud actual.
- Si tiene alguna pregunta o inquietud, llámenos al 803-933-9183 o envíenos un mensaje de texto al 803-658-1344.

121 Greystone Blvd.
Columbia, SC 29210
PH: 803-933-9183
Fax: 803-254-0892
www.welvista.org

MAP | Medication Assistance PHARMACY
A WELVISTA PROGRAM

Como paciente de MAP, recibirá sus medicamentos completamente gratis.

Qué cubrimos:

Ofrecemos más de 300 medicamentos recetados y de venta libre * para muchas afecciones comunes, incluyendo:

- Salud cardíaca, incluyendo presión arterial, colesterol e insuficiencia cardíaca
- Anticoagulantes
- Diabetes, incluyendo insulina y suministros para pruebas
- Asma/EPOC, incluyendo inhaladores
- Trastornos convulsivos
- Salud mental y conductual
- Dolor, artritis y gota
- Problemas estomacales y digestivos
- Infecciones, incluyendo opciones tópicas
- Alergias, incluyendo aerosoles nasales
- Sueño y ansiedad
- Dolores de cabeza y migrañas
- Salud femenina y masculina
- Vitaminas y suplementos
- Otras necesidades comunes: gotas para los oídos y los ojos, inmunosupresores, dejar de fumar, osteoporosis ¡y más!

**Los medicamentos de venta libre (sin receta) requieren receta médica para su dispensación*.

Para ver nuestra lista completa de medicamentos, escanee el código QR a continuación o visite www.welvista.org

¿**Preguntas? Estamos aquí para ayudarle**.

¿No encuentra lo que busca? ¿Quiere saber si tenemos sus medicamentos disponibles? ¿Tiene alguna pregunta sobre nuestro programa?

Llámenos al (803)933-9184 o envíenos un mensaje de texto al (803)658-1344.

¡Esperamos atenderle y ayudarle a mantenerse saludable!

Welvista 121 Greystone Blvd. Columbia, SC 29210-8002
(803) 933-9183 (800) 763-0059
www.medicationassistancepharmacy.org