



Estimado paciente:

El Welvista Medication Assistance Program (Programa de Asistencia de Medicamentos de Welvista) es una farmacia de entrega por correo sin fines de lucro. Es completamente gratuito para todas las personas elegibles. No se aplican cargos para solicitar el programa ni por los medicamentos que reciba de Welvista.

- Complete toda la información en el anverso de la solicitud e incluya todos los documentos necesarios.
- Conserve el Aviso de prácticas de privacidad para sus registros.
- En este sitio web se enumeran los medicamentos disponibles.

Para participar en nuestro programa, complete la solicitud y envíe todo lo que se indica a continuación a Welvista por correo postal, correo electrónico o fax. **En el reverso de la solicitud se encuentran los requisitos de elegibilidad y las instrucciones detalladas.** Si no se presenta alguno de los papeles que se mencionan a continuación, se demorará el procesamiento de su solicitud.

1. **SOLICITUD:** Se deben completar TODAS las secciones. Asegúrese de completar las secciones SEGURO y ALERGIAS de la solicitud.
2. **PRUEBA DE DÓNDE VIVE:** Puede ser una copia de su licencia de conducir, tarjeta de identificación del estado, una factura de servicio público o cualquier otra factura con su nombre y dirección actual impresos. Esta debe ser la misma que la dirección que incluya en la solicitud (no un apartado de correos).
3. **PRUEBA DE INGRESOS DE TODAS LAS PERSONAS DE SU GRUPO FAMILIAR:** Welvista considera que todas las personas que viven bajo el mismo techo son un grupo familiar. Si nadie de su grupo familiar tiene ingresos, imprima y presente un formulario No Income (Ingresos nulos) completado e indique cómo paga la vivienda, los alimentos y los servicios públicos.
4. **RECETAS:** Asegúrese de que se encuentren en la lista de medicamentos disponibles que figura en este sitio web. Si su médico le dio recetas en papel, se deben enviar los originales por correo postal (no por fax) a Welvista.

Tiene tres formas de presentar su aplicación y documentación de respaldo.

- 1) ENVÍE POR CORREO POSTAL a Welvista 121 Greystone Blvd, Columbia, SC 29210
- 2) ESCANEE y ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO a applications@welvista.org
- 3) ENVÍE POR FAX a 803-254-0892.

Recuerde: si su médico le dio recetas en papel, se deben enviar los originales por correo postal a Welvista.

Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre cómo completar la solicitud o sobre qué pruebas debe presentar. Esperamos con ansias la oportunidad de ayudarlo. Su solicitud se procesará dentro de 10 a 14 días hábiles.

Atentamente.

Servicios para pacientes de Welvista

Welvista • 121 Greystone Blvd. • Columbia, SC 29210-8002
803-933-9183 800-763-0059 www.welvista.org



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

Antes de enviar por correo su solicitud, verifique lo siguiente.

- ¿Se trata de una solicitud de renovación? Sí No
- ¿Se completaron todas las secciones? Sí No
- ¿Firmó y colocó la fecha en la solicitud? Sí No
- ¿Adjuntó prueba de ingresos? Sí No
- ¿Adjuntó prueba de dirección? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
Dirección del paciente (donde recibe su correspondencia)		Ciudad	Estado	Código postal

Dirección del paciente (donde vive) (adjunte prueba de dirección a la solicitud)	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

Condado de Carolina del Sur	N.º de teléfono de la casa/N.º de teléfono celular	N.º de teléfono del trabajo o alternativo
Origen étnico: Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	¿Es un residente legal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enumere todos los medicamentos a los que es alérgico. Si no tiene alergias, escriba "NO".		
Médico/médico clínico/proveedor de atención médica	N.º de teléfono del médico/médico clínico/proveedor de atención médica	
Marque la cantidad de personas que viven en su hogar, incluido usted mismo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9		

¿Tiene alguno de los siguientes? (Marque la casilla) Seguro médico/Ley de Atención Asequible Medicare Medicaid Family Planning/Healthy Check Up VA Health
 No tengo ningún tipo de seguro médico

INFORMACIÓN SOBRE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE

Enumere todos los ingresos del grupo familiar, montos mensuales brutos

Salario/sueldo	\$ _____
Incapacidad	\$ _____
Pensión alimenticia/manutención infantil	\$ _____
Seguro social	\$ _____
Pensión/jubilación	\$ _____
Desempleo/indemnización laboral	\$ _____
Ingresos mensuales brutos totales del grupo familiar:	\$ _____

ADJUNTE PRUEBA DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR
 Incluya pruebas de TODOS los ingresos del grupo familiar: salarios (dos comprobantes de pago actuales consecutivos), pensión/jubilación, seguro social, incapacidad del seguro social con Aviso de adjudicación, manutención infantil, pensión alimenticia, desempleo, indemnización laboral, ingreso de rentas, etc. CONSULTE EL REVERSO PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE INGRESOS

ACUERDO/DIVULGACIÓN/DESCARGO

Declaro que la información mencionada arriba es completa y exacta. Mediante mi firma, autorizo la divulgación de información sobre mi persona y sobre mi afección médica a Welvista y a sus agentes. Autorizo a Welvista y a sus agentes a usar y divulgar dicha información a fin de determinar mi elegibilidad para participar e inscribirme en el programa Welvista; esto puede incluir comunicarse con trabajadores sociales, organismos estatales, proveedores de atención médica u otras personas o entidades que Welvista considere adecuadas y brindarles información para divulgarlas historias clínicas o información requerida relacionadas con mi elegibilidad y mis beneficios en virtud del programa. Asimismo, acepto que en cualquier momento durante mi inscripción, Welvista puede solicitar documentación adicional para autenticar las declaraciones realizadas en mi solicitud. **Notificaré a Welvista si me vuelvo elegible para Medicare, Medicaid, Health Insurance, VA Health Benefits, o si se produce un cambio en mi situación financiera o en mi dirección postal.** Recibí una Declaración de Prácticas de Privacidad de Welvista.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

SOLO PARA USO DE WELVISTA


Aprobado/denegado _____ N.º de historia clínica _____ Codificado _____
 ID del plan _____ AC Health _____
 Pt Adv _____ SCThrive Sí o No _____
 Fecha de aprobación _____ Fecha de vencimiento _____
 Instalación _____ N.º de FP _____

SOLO PARA USO DEL MÉDICO/MÉDICO CLÍNICO

Médico/médico clínico _____
 Hospital _____
 N.º de HOP _____ N.º de id. de HOP _____
 Access Health Group _____

Instrucciones para la solicitud de Welvista

Para calificar, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ✓ Ser residente legal de Carolina del Sur.
- ✓ No tener Medicare, Medicaid (excepto Family Planning/Healthy Connections Checkup), VA Health Benefits, seguro médico privado o Affordable Care Act.
- ✓ Los ingresos del grupo familiar deben encontrarse en el nivel de pobreza federal de 200 % o por debajo de este. Consulte este cuadro. 

Envíe la solicitud completada, la prueba de dirección y la prueba de ingresos de todas las personas de su hogar a la siguiente dirección:

Welvista
121 Greystone Blvd.
Columbia, SC 29210

Federal Poverty Guidelines (FPG, Índice Federal de Pobreza) del HHS (Department of Health and Human Services, Departamento de salud y servicios humanos) para 2018** ** Ingresos brutos antes de impuestos y otras deducciones

Cantidad de personas en el grupo familiar	Ingreso mensual bruto	Ingreso anual bruto
1	\$2,023	\$24,280
2	\$2,743	\$32,920
3	\$3,463	\$41,560
4	\$4,183	\$50,200
5	\$4,903	\$58,840
6	\$5,623	\$67,480
7	\$6,343	\$76,120
8	\$7,063	\$84,760
Para cada persona adicional, sume	\$720	\$8,640

1. PRUEBA DE DIRECCIÓN FÍSICA: Presente prueba de dónde vive (dirección que incluyó en la solicitud).

2. PRUEBA DE INGRESOS Para cada persona de su grupo familiar que tenga ingresos, adjunte todos los elementos que se mencionan a continuación y que correspondan. Si no está seguro de qué enviar, llámenos y lo ayudaremos.

Trabajo:

- Envíe comprobantes de pago consecutivos de 2 semanas recientes (dentro de los últimos 45 días, y sin semanas que falten entre medio) que muestren los ingresos BRUTOS (con las deducciones enumeradas), no NETOS de su grupo familiar. No podemos aceptar copias de cheques o cuentas bancarias.
- En su lugar, puede enviar una carta firmada y fechada de su empleador/el empleador de su grupo familiar en la que se indique cuál es el trabajo que realiza, si hay deducciones del pago, la tasa de pago BRUTA y la cantidad de horas trabajadas en las últimas dos semanas. Puede enviar una copia completada de la Declaración de ingresos del empleador de Welvista.

Comisión: Envíe un mes de documentación que muestre ingresos de comisiones.

Trabajos esporádicos/trabajos para familiares, amigos o vecinos: Envíe una carta firmada y fechada de parte de las personas para las que usted o su grupo familiar realizan trabajos, en la que se indique qué trabajo se realiza, la tasa de pago BRUTA (con las deducciones mencionadas) y la cantidad de horas trabajadas en las últimas dos semanas.

Trabajador autónomo: Envíe la declaración de impuestos federal 1040 más reciente y la planilla Schedule C – Business Profit or Loss (Anexo C: ganancia o pérdida de negocio) suyas o de su grupo familiar, o puede enviar una copia completada del formulario Declaración voluntaria de ingresos de Welvista. Si necesita este formulario, comuníquese con Welvista.

Desempleo: Envíe la Declaración de beneficios por desempleo que muestre el monto recibido por semana, como también la fecha de finalización del año de beneficios. Debe dejar en claro que recibe beneficios actualmente. No podemos aceptar copias de cheques.

Jubilación del seguro social/incapacidad del seguro social: Envíe la carta Social Security New Benefit Amount (Nuevo monto de beneficios de seguro social) que muestre el monto MENSUAL que recibe para el año ACTUAL. **Si usted es el solicitante y recibe incapacidad del seguro social, también debe enviar su Aviso de adjudicación o carta de derecho a recibir beneficios del seguro social que muestre el mes y el año en que comenzó a ser elegible para recibir beneficios por incapacidad.** Se debe encontrar dentro de los primeros dos años de incapacidad cuando no califica para Medicare. No podemos aceptar copias de cheques o cuentas bancarias.

Otra jubilación/pensión/anualidad: Envíe la declaración de beneficios actual en la que se muestre el monto recibido mensualmente con las deducciones O una copia del formulario 1099. No podemos aceptar copias de cheques o cuentas bancarias.

Manutención infantil/pensión alimenticia: Envíe una copia de una declaración actual del secretario del tribunal o una copia de la sentencia de divorcio completa en la que se indique el monto recibido y la frecuencia.

Sin ingresos: Si nadie de su grupo familiar tiene ingresos, presente un formulario No Income (Ingresos nulos) completo. Debemos saber cómo paga la vivienda, los alimentos y los servicios públicos. La persona que mantiene al paciente no puede vivir en la misma vivienda que este. Si necesita este formulario, comuníquese con Welvista.

IMPORTANTE: La inscripción en Welvista es de hasta un (1) año. Una vez que lo aprueben, será elegible para recibir los medicamentos de nuestra lista de fármacos actual. Los medicamentos se enviarán de nuestra farmacia en Columbia a la dirección indicada en su solicitud. En los casos en los que sea posible, las recetas se surten para un suministro de 90 días.

Si tiene preguntas o necesita más asistencia, llame al 803-933-9183 entre las 8:30 a. m. y las 5:00 p. m., EST, de lunes a viernes o visite nuestro sitio web: www.welvista.org.

TENGA EN CUENTA QUE LLEVARÁ DOS SEMANAS PROCESAR SU SOLICITUD.

02/13/2018

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

TAMBIÉN DEBERÍA ENTREGAR UNA COPIA DE ESTE A SUS FAMILIARES, AMIGOS, ETC. QUE TENGAN UN PAPEL ACTIVO EN SU ATENCIÓN MÉDICA.

Este aviso afirma que Welvista se compromete a mantener la privacidad de su información médica. En nuestras operaciones, creamos registros sobre usted y los beneficios y servicios que le brindamos. En este aviso se le informará sobre las maneras en las que podemos usar y divulgar su información médica. También describiremos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de la información médica. Estamos obligados por ley a hacer lo siguiente:

- Mantener la privacidad de su información médica, también conocida como PHI (información de salud protegida).
- Entregarle este aviso.
- Cumplir con este aviso.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y hacer que estos cambios se apliquen a la PHI que obtuvimos sobre usted antes del cambio. Si se produce una revisión sustancial de este aviso, le entregaremos el nuevo aviso dentro de los 60 días posteriores a la revisión. Puede obtener una copia impresa del aviso actual comunicándose con Welvista a la información de contacto que brindamos al final de este aviso.

CÓMO WELVISTA PUEDE USAR Y DIVULGAR SU PHI

Las leyes nos permiten usar y divulgar su PHI para determinados fines sin su permiso ni autorización. Los siguientes son ejemplos de cada una de estas circunstancias.

1. **Para tratamientos.** Podemos usar o dar a conocer su PHI para fines de tratamiento. Por ejemplo, podemos dar a conocer su PHI a médicos, enfermeros y otros profesionales que participen en su atención médica.
2. **Para pagos.** Podemos usar o dar a conocer su PHI para hacer pagos o reposición de existencia del tratamiento que recibe en virtud del beneficio de Welvista.
3. **Para actividades de atención médica.** Podemos usar o dar a conocer su PHI para nuestras actividades de atención médica. Por ejemplo, podemos verificar periódicamente su condición de elegibilidad con el sistema de Medicaid del estado u otros beneficios de seguro que pueden ser responsables de la administración de costos y la planificación de sus medicamentos.
4. **Al patrocinador del plan.** Es posible que divulguemos su PHI al personal ejecutivo y de planificación de Welvista únicamente para fines de mantener su elegibilidad para la inscripción en el plan.
5. **Para planes y servicios relacionados con la salud.** Welvista puede comunicarse con usted para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.
6. **A personas responsables de su cuidado.** Es posible que demos a conocer su PHI a un familiar o amigo que participe en su atención médica siempre y cuando usted esté de acuerdo con esta divulgación o le demos la oportunidad de oponerse a ella. No obstante, si usted no está disponible para expresar su objeción o no puede hacerlo, utilizaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación de la información es beneficiosa para usted.
7. **Para auditorías.** Es posible que divulguemos su PHI a terceros para fines de auditorías relacionadas con asistencia de subsidios o fondos públicos para las necesidades farmacéuticas y de tratamiento médico del paciente.

OTROS USOS O DIVULGACIONES DE SU PHI SIN AUTORIZACIÓN

Las leyes nos permiten divulgar su PHI en las siguientes circunstancias sin su permiso ni autorización.

1. **Cuando lo exija la ley.** Usaremos y divulgaremos su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
2. **En casos de riesgo para la salud pública.** Usaremos y divulgaremos su PHI para actividades de salud pública, como para prevenir o controlar enfermedades, evitar heridas, informar reacciones a medicamentos o problemas con productos e informar el abuso o negligencia de niños, personas mayores o adultos dependientes.

3. **Para actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar su PHI a un organismo de supervisión de la salud con el fin de realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión, que son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, incluyen investigaciones, inspecciones, auditorías y licencias.
4. **Para demandas y disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o un proceso similar, podemos usar o divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su PHI en respuesta a un pedido de presentación de pruebas, una citación u otro proceso legal iniciado por otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden para proteger la información solicitada.
5. **A la seguridad pública.** Es posible que divulguemos su PHI si así lo solicita un funcionario de seguridad pública en las siguientes circunstancias.
 - Si se trata de una muerte que creemos que puede haber resultado de una conducta delictiva.
 - Si se trata de conductas delictivas en nuestras oficinas.
 - Como respuesta a un ordenamiento, una orden de comparecencia, una orden judicial, una citación o proceso similar.
 - Para identificar/localizar a un sospechoso, testigo esencial, fugitivo o persona desaparecida.
 - En circunstancias de emergencia para denunciar un delito (incluida la ubicación del delito o sus víctimas, o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito).
6. **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI cuando sea necesario para evitar o reducir una amenaza grave para su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona. En estas circunstancias, divulgaremos la información a una persona u organización capaces de evitar la amenaza.
7. **Para funciones militares/seguridad nacional.** Su PHI puede ser divulgada si es miembro de las fuerzas militares de los EE. UU. o extranjeras y si lo exigen las autoridades de comando militar adecuadas. También podemos divulgar PHI sobre usted a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley. También podemos divulgar PHI a funcionarios federales para proteger al Presidente, a otros funcionarios o jefes de gobierno extranjeros o para realizar investigaciones.
8. **Presos.** Si está preso o está bajo la custodia de un funcionario de seguridad pública, es posible que divulguemos PHI a la institución correccional.

SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU PHI

Tiene los siguientes derechos en relación con la PHI que conservamos.

1. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.**
2. **Derecho a solicitar restricciones en el uso de su PHI.**
3. **Derecho a revisar y obtener copias de su PHI.**
4. **Derecho a solicitar una modificación de su PHI.**
5. **Derecho a solicitar un informe de divulgaciones realizadas.**

No estamos obligados a aceptar sus solicitudes, pero haremos todo lo posible para dar lugar a las solicitudes legítimas.

SI CREE QUE SE HAN VIOLADO SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD, PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA AL FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD DE WELVISTA O AL SECRETARIO DEL DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS).

Para presentar una queja ante nosotros, debe hacerlo por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. **No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o quiere ejercer alguno de los derechos incluidos en este, comuníquese con:

Welvista
ATTN: HIPAA Compliance Officer
121 Greystone Blvd.
Columbia, SC 29210-8002
Tel (803)-933-9183
O
The Secretary of the Department of Health and Human Services
Hubert H. Humphrey Building
200 Independence Avenue SW
Washington, DC 20201