

Complete las páginas 1-3. Firme su nombre en la página 3 y envíe la solicitud con sus comprobantes.
Las instrucciones de la solicitud están en la página anterior.

Información del paciente

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	SSN/ITIN(W-7):	Fecha de nacimiento:
Dirección postal:		Ciudad:	Estado: NC	Código postal:
Condado en Carolina del Norte			N.º de teléfono primario:	N.º de teléfono secundario:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado		Dirección de correo electrónico:		
Nombre del profesional de la salud/médico y número de teléfono:			Nombre y número de tel. del contacto de emergencia:	
Idioma principal (aparte del inglés):			Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativoamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Bi-racial o multi-racial <input type="checkbox"/> Otro:			Número de personas en el grupo familiar (usted incluido): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 Otro:	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No Hispano/latino			¿Cómo se enteró del programa?	
Compruebe si tiene alguno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Parte D <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Solo Medicaid Family Planning			Si corresponde, escriba el nombre del centro de inscripción o punto de entrada patrocinador (escriba el código del centro):	
Enumere las alergias a medicamentos que tenga:				

Ingresos del paciente

Enumere y adjunte todos los ingresos del hogar:		Adjunte un comprobante de ingresos o de ausencia de ingresos:
Salario/sueldo	\$ _____	Lea las instrucciones de la solicitud para encontrar una lista de los documentos de ingresos aprobados que puede enviar con su solicitud. Incluya los ingresos del cónyuge si está casado.
Discapacidad	\$ _____	
Pensión alimenticia/manutención infantil	\$ _____	
Seguro social	\$ _____	
Pensión/jubilación	\$ _____	
Desempleo/indemnización laboral	\$ _____	
Ingresos brutos mensuales	\$ _____	Los comprobantes de ingresos deben tener fecha de los últimos 60 días. Las declaraciones anuales deben tener fecha de este año.
Ingresos brutos anuales totales	\$ _____	¿Tus ingresos se han visto afectados por el COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Presentó impuestos este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

A continuación, encontrará una encuesta de salud que debe presentar con su solicitud. La información que recopilamos de estas encuestas nos ayuda a conseguir fondos para NC MedAssist y a seguir dándole los medicamentos que necesita sin ningún costo. Las respuestas nos permiten evaluar cómo este servicio mejora su salud y calidad de vida. Responda las preguntas lo mejor que pueda marcando las casillas, sombreándolas o encerrando las respuestas en un círculo.