



V5 08152018

Declaración del solicitante

Usted declara y certifica ante Good Days y sus agentes que la información proporcionada en su solicitud es completa y precisa. Usted entiende y da su consentimiento para que su información financiera reportada sea verificada por una auditoría según Good Days lo considere necesario. Good Days y sus agentes terceros autorizados, tales como las compañías de monitoreo de crédito, pueden usar su información demográfica, incluyendo entre otros, su número de seguro social, fecha de nacimiento, nombre y dirección para calcular sus ingresos en conjunto con el proceso de elegibilidad. Usted entiende que Good Days, y sus agentes terceros autorizados, se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento. Como se trata de un estudio de crédito superficial, su puntuación de crédito no se verá afectada.

Además, entiende que cualquier información falsa o incompleta proporcionada por usted a Good Days podría perjudicar en gran medida su proceso de solicitud, a Good Days, su reputación y su estado de exención de impuestos. Usted también entiende que cualquier ayuda financiera proporcionada a usted por Good Days puede ser recuperada, si Good Days tiene conocimiento de cualquier información incorrecta o actividad fraudulenta relacionada con su solicitud o la asistencia que se le proporciona. Usted comprende que es libre de cambiar en cualquier momento de proveedores, médicos, suministradores o tratamientos para su diagnóstico dentro del formulario del Good Days sin perjudicar su oportunidad de participación para seguir recibiendo asistencia. Usted entiende que no se le garantiza ni se le promete asistencia. Cualquier asistencia que Good Days pueda proporcionar está limitada a los términos y condiciones establecidos por Good Days. Good Days se reserva el derecho en cualquier momento, y por cualquier motivo sin previo aviso, a modificar los criterios de elegibilidad o modificar o interrumpir cualquier asistencia.



V5 07172018

Términos del consentimiento relativo a la divulgación de su información personal

Para que reciba asistencia a través de Good Days, usted autoriza a sus médicos, farmacias y compañías de seguros a divulgar su información personal a Good Days y a sus contratistas, empleados, agentes y otros representantes. Además, autoriza a Good Days a utilizar y divulgar su información personal a agentes de Good Days, terceros que actúen en su nombre, compañías de monitoreo de crédito o a cualquiera de sus proveedores de atención médica.

Su información personal puede incluir, entre otros, su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, número de seguro social, estado y números del seguro, cantidad de asistencia financiera asignada y entregada, información de diagnóstico e información de tratamiento.

Usted acepta la divulgación de su información personal para los siguientes propósitos:

(i) para permitir que Good Days determine si es elegible y califica para asistencia financiera para cualquier medicamento; (ii) para permitir que Good Days le brinde asistencia financiera para su(s) medicamento(s); (iii) para referirlo o determinar su elegibilidad para otros programas, fundaciones o fuentes alternativas de fondos o cobertura para sus costos, productos y servicios de atención médica; (iv) para facilitar la auditoría o evaluación de las operaciones de Good Days; y (v) para permitir que Good Days administre sus programas de asistencia al paciente.

Usted entiende que su información personal que es divulgada puede ser divulgada nuevamente por el receptor y ya no estará protegida por las normas y leyes federales o estatales de privacidad. Usted acepta que Good Days vuelva a validar su información personal. Usted acepta que Good Days divulgue por medios electrónicos su información personal a terceros según lo permita o exija la ley.

Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento mediante el envío de una carta de revocación firmada al encargado de la privacidad de Good Days, a la siguiente dirección: Privacy Officer, 6900 Dallas Parkway, Suite 200, Plano, TX 75024 o por fax al siguiente número de fax: (214) 570-3636. La revocación de este consentimiento no tendrá ningún efecto para las acciones que Good Days haya tomado conforme al consentimiento antes de que recibiera notificación de su revocación. Si revoca este consentimiento, no podrá recibir asistencia futura a través de Good Days. Sin embargo, sus proveedores de atención médica y compañías de seguros que correspondan, que divulgan la información a Good Days, no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que si la persona firma este consentimiento.

Este consentimiento caduca seis años después de la fecha en que recibió la última asistencia de Good Days, si no se revoca antes.