



Solicitud de inscripción del paciente

Bienvenido a Good Days, una organización sin fines de lucro con programas de asistencia financiera que ayudan a miles de personas con enfermedades que alteran la vida a tener la oportunidad de obtener los medicamentos necesarios para mejorar su calidad de vida.

Para iniciar el proceso de solicitar la asistencia financiera, por favor complete la solicitud anexa y regrésela a Good Days, junto con copias de sus credenciales de seguro médico. Las solicitudes completadas pueden ser enviadas por correo postal o fax.

En cuanto se reciba su solicitud completada, Good Days determinará si usted reúne los requisitos para asistencia financiera, basado en los Lineamientos del Programa y sujeto a la disponibilidad de fondos. Para verificar el tamaño del hogar y el ingreso familiar, la fundación Good Days completa una verificación de crédito blando con un proveedor de terceros con el fin de determinar la elegibilidad. Este pedido sólo puede ser visto por usted (el paciente) en su historial de crédito y no afectará su calificación de crédito. Le informaremos a usted y/o a su proveedor de medicamentos el resultado final.

Si usted reúne los requisitos de participación y hay fondos disponibles, le brindaremos ayuda financiera por el resto del año natural. También le daremos un nombre de usuario y una contraseña para que pueda acceder libremente a nuestro portal de manejo de terapia en <https://patientsandpros.MyGoodDays.org>.

Por favor comprenda que todas las autorizaciones están basadas en la disponibilidad de fondos y son aprobadas por orden de llegada. **El mandar su solicitud no garantiza que recibirá fondos.**

Por favor llámenos sin costo al (877) 968-7233 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda llenando los siguientes formularios de inscripción.

Atentamente,

Good Days

Documentación requerida y opciones de envío

Documentación requerida

1. Páginas 3-5 firmadas y fechadas según proceda junto con copias de documentación de ingresos en el hogar.
2. Una copia del frente y del reverso de las credenciales del seguro médico del paciente.
3. Verificación de Ingresos: La fundación Good Days y sus agentes autorizados de terceros utilizará su información demográfica, incluyendo pero no limitado a, número de seguro social, fecha de nacimiento, el nombre y / o dirección, según sea necesario para tener acceso a su información de crédito y la información derivada a partir de fuentes públicas y otros para estimar sus ingresos en relación con el proceso de determinación de elegibilidad. En cuanto a la verificación de crédito blando, esto no afecta su calificación de crédito. Good Days y sus agentes autorizados de terceras partes se reservan el derecho de solicitar documentos adicionales e información en cualquier momento.

Opciones de Envío

1. FAX: (214) 570-3621 o (214) 570-3622
2. CORREO: Para su comodidad, se ha adjuntado un sobre prepagado y con la dirección del destinatario:

Good Days
Attn: Enrollment
6900 Dallas Parkway, Ste. # 200
Plano, TX 75024



Por favor revise la información de inscripción que se muestra abajo. Complete el formulario llenando la información faltante. Haga cualquier corrección necesaria escribiendo junto a la información provista.

Fecha:	¿Cuánto puede pagar por su medicamento_____?	
SSN#:	Usted puede ser responsable por los gastos restantes que Good Days no cubra.	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	
Contacto alternativo:	Parentesco:	
Dirección de correo:	Teléfono casa:	
	Celular:	
	Teléfono trabajo: Ext:	
Correo electrónico:		
INFORMACIÓN DE INGRESOS		
Ingreso anual del hogar:	Número de habitantes en el hogar:	
INFORMACIÓN DEL MÉDICO		
Nombre del médico:	Teléfono del médico:	
Dirección de oficina: (si conocido)	Identificador Nacional del Proveedor (NPI) del médico:	
INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico:		
Medicamento:		
Farmacia:	Dirección de Farmacia o Teléfono: (si conocido)	
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL		
Nombre del seguro:		
ID#:	# de Grupo:	Teléfono:
INFORMACIÓN DE TARJETA DE MEDICAMENTOS		
Nombre del seguro:	ID#	
Identificador de beneficios (BIN):	Red de atención primaria (PCN):	Teléfono:
¿Este plan de seguro está financiado por Medicare o fondos federales o estatales? Sí No (marque con un círculo la respuesta)		

******ESTA PÁGINA SE DEBE PRESENTAR******

6900 Dallas Parkway, Suite 200, Plano, TX 75024
Llamada gratuita 877-968-7233 * Fax 214-570-3621 * www.MyGoodDays.org
Datos privados y confidenciales

***Diagnósticos de cáncer metastásico:**

Para participantes de un fondo de cáncer metastásico: Si su médico le ha recetado un medicamento para tratar su cáncer metastásico que no forma parte del formulario de Good Days por favor comuníquese con nosotros. Es posible que podamos cubrir los gastos del medicamento recetado si recibimos documentación adicional mostrando que el medicamento cumple los criterios. Para nuestros fondos de cáncer metastásico, Good Days cubrirá todos los medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento del tipo de cáncer que es la base del fondo al cual usted ha sido aceptado. Por ejemplo, si usted tiene cáncer de mama metastásico, Good Days cubrirá todos los medicamentos aprobados por la FDA para tratar cáncer de mama, y no sólo los que la FDA aprueba expresamente para la etapa metastásica del cáncer de mama.

Certificación y reconocimiento:

Usted está de acuerdo que toda la información proporcionada es correcta según su leal saber y entender. Usted comprende que es libre de cambiar en cualquier momento de proveedores, médicos, suministradores o terapéuticas especializadas para su diagnóstico dentro del formulario del Good Days sin perjudicar su oportunidad de participación para seguir recibiendo asistencia. Su solicitud de asistencia no garantiza la disponibilidad de fondos. En caso de reunir los requisitos para recibir alguna asistencia financiera, ésta sólo le será otorgada después de la aprobación por Good Days de la documentación de su primera receta surtida. Usted comprende que si se le otorga asistencia financiera, ésta se le dará por año natural. Usted deberá volver a solicitar la ayuda cada año natural y el fin del año natural será su aviso de cancelación. No hay garantía de que habrá fondos disponibles en los años siguientes. Verificación de Ingresos: La fundación Good Days y sus agentes autorizados de terceros utilizará su información demográfica, incluyendo pero no limitado a, número de seguro social, fecha de nacimiento, el nombre y / o dirección, según sea necesario para tener acceso a su información de crédito y la información derivada a partir de fuentes públicas y otros para estimar sus ingresos en relación con el proceso de determinación de elegibilidad. En cuanto a la verificación de crédito blando, esto no afecta su calificación de crédito. Good Days y sus agentes autorizados de terceras partes se reservan el derecho de solicitar documentos adicionales e información en cualquier momento.

Limitación de responsabilidad:

Usted acepta que Good Days, nuestros patrocinadores, y nuestros donadores no son responsables de cualquier daño de cualquier tipo, sin limitación, resultante de o en conexión con que usted reciba asistencia financiera, exención de copago, u otros beneficios o servicios adicionales brindados como parte de este programa.

Certificación del paciente:

Usted acepta ser totalmente responsable en tomar el medicamento por el cual está recibiendo ayuda financiera de acuerdo a las instrucciones del médico.

Al firmar abajo usted acepta que ha leído, comprendido y está de acuerdo en adherirse a las declaraciones anteriores.

Firma de la Persona o del representante de la Persona

Fecha

Escriba el nombre del representante de la Persona: **(Si aplica)**

Parentesco **(Si aplica)**

******ESTA PÁGINA SE DEBE PRESENTAR******



AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____ ID: _____

Yo, por el presente, autorizo el uso y/o la divulgación de toda o cualquier parte de mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) como está descrita en esta Autorización por el Good Days y sus empleados, agentes y terceros actuando en su nombre para los siguientes propósitos:

- (1) Permitir que Good Days determine si reúno los requisitos para recibir asistencia financiera para mi(s) medicamento(s);
- (2) Permitir que Good Days me brinde asistencia financiera para mi(s) medicamento(s), si reúno los requisitos para recibir asistencia y hay fondos disponibles; y
- (3) Facilitar la auditoría y/o control de las actividades de Good Days.

Los datos de PHI usados y/o divulgados por Good Days pueden incluir, de forma enunciativa mas no limitativa: nombre, dirección, número telefónico, correo electrónico, fecha de nacimiento, número de seguro social, estatus e identificadores de seguro médico, monto de asistencia financiera asignada y distribuida, información del diagnóstico y la información de tratamiento (p. ej. medicamentos, información relacionada con la distribución, nombre del médico y/o farmacia, etc.).

Good Days puede divulgar mi PHI para los propósitos antes mencionados a sus agentes, terceros actuando en su nombre, u otros terceros participando en una de las actividades antes mencionadas.

Mi firma abajo significa que comprendo y acepto lo siguiente:

- Mi PHI puede estar protegida por la ley. Mi PHI que sea divulgada bajo esta Autorización puede ser divulgada de nuevo por el destinatario y perder su protección por las reglas y leyes de privacidad federales y estatales.
- Good Days no condicionará mi oportunidad para recibir asistencia financiera, mi inscripción con respecto a la asistencia financiera, ni el pago de asistencia financiera (y por lo tanto mis posibilidades de recibir tratamiento) en si firmo esta Autorización.
- Sin mi firma abajo, esta Autorización no será aceptada.
- Puedo recibir una copia de este formulario si la pido por escrito a la siguiente dirección:
Good Days HIPAA Security Officer
6900 Dallas Pkwy, Ste. 200
Plano, TX 75024
- Esta Autorización tendrá validez por seis (6) años a partir de la última fecha de asistencia de Good Days, a menos que yo la revoque antes. Después de firmar este formulario, puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a Good Days por escrito a la dirección antes mencionada. Revocar esta Autorización no tendrá ningún efecto en las acciones que Good Days haya tomado basado en esta Autorización antes de recibir noticia de mi revocación.
- Good Days puede divulgar mi PHI electrónicamente a terceros según permita o exija la ley.

Firma de la Persona o Representante

Fecha

Si esta autorización es firmada por un representante de la persona, se debe completar la siguiente información:

Nombre del representante de la persona (por favor escriba en letra de imprenta)

Parentesco con la persona y autoridad para el estatus como representante

******ESTA PÁGINA SE DEBE PRESENTAR******

Preguntas más frecuentes

- ¿Qué pasa si parte de la información en el formulario de inscripción es incorrecta o faltante?
 - **Respuesta:** La información del paciente puede ser corregida y/o agregada a la solicitud y Good Days hará los cambios adecuados una vez se haya recibido el formulario de inscripción del paciente.
- En la sección del formulario de inscripción que pide la información del “Médico”, ¿qué médico debo poner?
 - **Respuesta:** Escriba el nombre del médico que recetó el medicamento por el que el paciente está solicitando ayuda.
- Llené mi propio formulario de inscripción y no tengo representante. ¿Debo pedirle a mi médico que firme el formulario también?
 - **Respuesta:** No. Si usted puede completar el formulario de manera independiente, no es necesario tener un representante del paciente.
- ¿Por qué es necesario proporcionar mi Número de Seguro Social?
 - **Respuesta:** Good Days está obligado por ley a compartir los Números de Seguro Social de todos nuestros pacientes al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) para propósitos de auditoría de acuerdo a los estándares de la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés). Todos los datos del paciente están ligados con su cuenta en nuestra base de datos segura y es inaccesible a cualquier persona ajena al personal de Good Days.
- ¿Cuál es el propósito del formulario de Autorización de Uso o Divulgación de Información?
 - **Respuesta:** El formulario de Autorización de Uso o Divulgación de Información da permiso a Good Days de comunicarse con su proveedor referente a la asistencia al paciente para propósitos de pago y manejo de terapia.
- ¿Cuándo sabré si fui aprobado?
 - **Respuesta:** Una vez se reciba la solicitud, Good Days se compromete en asegurar que todas las solicitudes serán procesadas en 24 horas de ser recibidas. Para checar el estatus, por favor llámenos al 877-968-7233. (Por favor tenga en cuenta que si la solicitud se envía por correo postal estándar, permita 5 a 7 días hábiles).
- ¿Cuándo vence mi ayuda?
 - **Respuesta:** Los Programas de Asistencia de Good Days corren de la fecha de aprobación hasta el final del año natural o el agotamiento de fondos.