



Đơn xin ghi danh gia nhập của bệnh nhân

Cám ơn quý vị đã quan tâm đến Chương trình MedAssist. Vui lòng điền hoàn tất mẫu đơn đính kèm và nộp lại cho Chương trình MedAssist cùng với các giấy tờ cần thiết.

Khi nhận được đơn đã hoàn tất, nhân viên MedAssist sẽ quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện để được trợ giúp về mặt tài chính hay không, dựa vào hướng dẫn định mức của chương trình và ngân sách hiện có. Xin quý vị hiểu rằng tất cả sự chấp thuận đơn xin trợ cấp đều tùy thuộc vào khả năng ngân sách hiện có và được giải quyết theo thứ tự của người nộp đơn.

Vui lòng gửi bộ đơn hoàn tất bằng:

Fax: (408) 885-4093

Qua đường bưu điện:

Attn: MedAssist
751 S Bascom Ave 3N330
San Jose, CA 95128

Email: MedAssist@hhs.sccgov.org

Đến nộp đơn: Bất kỳ nhà thuốc ngoại trú nào do Hạt Santa Clara điều hành

VALLEY HEALTH CENTER BASCOM

750 S. Bascom Avenue
San Jose, CA 95128
(408) 885-2320

VALLEY HEALTH CENTER GILROY

7475 Camino Arroyo
Gilroy, CA 95020
(408) 852-2212

VALLEY HEALTH CENTER MOORPARK

2400 Moorpark Ave
San Jose, CA 95128
(408) 885-7675

VALLEY HEALTH CENTER DOWNTOWN

777 E. Santa Clara Street
San Jose, CA 95112
(408) 977-4500

VALLEY HEALTH CENTER LENZEN

976 Lenzen Ave,
San Jose, CA 95126
(408) 792-5170

VALLEY HEALTH CENTER SUNNYVALE

660 S. Fair Oaks Avenue
Sunnyvale, CA 94086
(408) 992-4830

VALLEY HEALTH CENTER EAST VALLEY

1993 McKee Road
San Jose, CA 95116
(408) 254-6340

VALLEY HEALTH CENTER MILPITAS

143 North Main Street
Milpitas, CA 95035
(408) 957-0919

VALLEY HEALTH CENTER TULLY

500 Tully Road
San Jose, CA 95111
(408) 817-1360

VALLEY SPECIALTY CENTER

751 S. Bascom Ave
San Jose, CA 95128
(408) 885-2310

O'CONNOR OUTPATIENT PHARMACY

2101 Forest Ave
San Jose, CA 95128
(408) 947-2988

Vui lòng liên lạc chúng tôi nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần giúp điền đơn.

Điện thoại: (408) 970-2001

Email: MedAssist@hhs.sccgov.org

Giờ làm việc: thứ Hai – thứ Sáu, 9 sáng – 5 chiều

www.GetMedAssist.com

Bắt Đầu

Tôi cần cung cấp thông tin gì?

1. Thông tin định dạng cá nhân và thông tin để liên hệ với bệnh nhân
2. Thông tin về toa thuốc
 - a. Tên thuốc
 - b. Bản sao toa thuốc **HOẶC** thông tin về nhà thuốc
3. Thông tin tài chính
 - a. Tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình và tổng số người trong gia đình
 - b. Chi phí tự trả cho toa thuốc từ năm trước về thuốc điều trị bệnh tiểu đường, thuốc xịt suyễn và / hoặc thuốc tiêm tự động thuốc epinephrine

Tôi cần các giấy tờ gì?

Bằng chứng cư trú trong Hạt Santa Clara – Cung cấp **MỘT** trong các giấy tờ sau đây:

- Hợp đồng thuê/mướn nhà hiện tại
- Tờ khai trả góp mua nhà hiện tại
- Hóa đơn của các dịch vụ tiện nghi hiện tại (Hóa đơn tiền nước, điện, gas, rác)
- Vô gia cư (Hoàn tất giấy tuyên bố xác nhận của bệnh nhân)
- Giấy đăng bộ lưu hành xe
- Bằng lái xe có (hiện tại)
- Thư xác nhận của người mà đương đơn đang chung sống với họ và giấy tờ chứng minh địa chỉ cư trú trong Hạt Santa Clara của người đó.

Bằng chứng nhận dạng (ID có dán ảnh) – Cung cấp **MỘT** trong các giấy tờ sau đây:

- Bằng lái xe có hiệu lực
- Hộ chiếu có hiệu lực
- Giấy tờ tùy thân hợp lệ do chính phủ cấp
- Thẻ nhân viên hoặc thẻ học sinh có hiệu lực
- Giấy khai sinh kèm theo giấy tờ tùy thân có dán ảnh có hiệu lực

Bằng chứng về bảo hiểm y tế

- Thẻ bảo hiểm y tế đến

Bằng chứng về (các) toa thuốc hợp lệ - Cung cấp **MỘT** trong những bằng chứng sau đây cho mỗi toa thuốc đủ điều kiện:

- Bản sao toa thuốc
- Thông tin liên lạc của nhà thuốc



Staff Use Only: Date: _____ Time: _____

Phần 1: Thông tin của bệnh nhân

Họ hợp pháp/Legal Last Name:*		Tên hợp pháp/Legal First Name:*		Chữ lót hợp pháp/Legal Middle Name:	
Ngày sinh của bệnh nhân (MM/DD/YYYY):*			Số an sinh xã hội (SSN)		
Ngôn ngữ nói ưa chuộng/Preferred Spoken Language:*			Ngôn ngữ viết ưa chuộng/Preferred Written Language:*		
Địa chỉ/Address:*					
Thành phố/City:*		Tiểu bang/State: CALIFORNIA		Mã bưu điện/Zip Code:*	
Số điện thoại nhà/Home Phone Number:*			Số điện thoại di động/Mobile Phone Number:		
Địa chỉ email/Email Address:					
Nhận dạng giới tính/Gender Identity:*					
<input type="checkbox"/> Nam/Male <input type="checkbox"/> Nữ/Female		<input type="checkbox"/> Chuyển giới nữ/Transgender Female <input type="checkbox"/> Chuyển giới nam/Transgender Male		<input type="checkbox"/> Không nam hoặc nữ/Non-binary <input type="checkbox"/> Giới tính khác/Other	
Chủng tộc/Ethnicity:*			Sắc dân/Race:*		
<input type="checkbox"/> Không phải người Tây Ban Nha hoặc Latinh <input type="checkbox"/> Người Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Người Mễ <input type="checkbox"/> Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Nam Mỹ		<input type="checkbox"/> Mỹ Latinh <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuba <input type="checkbox"/> Dominican <input type="checkbox"/> người Tây Ban Nha hoặc Latinh khác <input type="checkbox"/> Không trả lời/không rõ		<input type="checkbox"/> Không trả lời/Không rõ <input type="checkbox"/> Á Châu, Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Á Châu, Việt Nam <input type="checkbox"/> Da trắng, Ả-rập <input type="checkbox"/> người Tây Ban Nha hoặc Latinh <input type="checkbox"/> Á châu, Trung Hoa <input type="checkbox"/> Á châu, Lào <input type="checkbox"/> Á châu, Đại Hàn <input type="checkbox"/> Á châu, Campuchia <input type="checkbox"/> Á châu, Nhật <input type="checkbox"/> Á châu, Ấn Độ <input type="checkbox"/> Á châu, Pakistani <input type="checkbox"/> Da Đen, Phi châu <input type="checkbox"/> Da đen, dân tộc khác	
<input type="checkbox"/> Da trắng, Bắc Mỹ <input type="checkbox"/> Da trắng, châu Âu <input type="checkbox"/> Da trắng, Trung Đông hoặc Bắc Phi châu <input type="checkbox"/> Da đen, Mỹ gốc Phi châu <input type="checkbox"/> Da trắng, dân tộc khác <input type="checkbox"/> Thổ dân châu Mỹ <input type="checkbox"/> Thổ dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu, dân tộc khác <input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương, Guam <input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương, Samoa <input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương, Hawaii					
Quý vị đã biết về Chương trình MedAssist là từ đâu?/How Did You Hear About the MedAssist Program?*					
<input type="checkbox"/> Đã từng nộp đơn trước đây <input type="checkbox"/> Thân hữu hoặc gia đình <input type="checkbox"/> Cố vấn trợ giúp về tài chánh <input type="checkbox"/> Văn phòng bác sĩ <input type="checkbox"/> Nhà thuốc: _____		<input type="checkbox"/> Trang mạng SCVMC <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> LinkedIn		<input type="checkbox"/> Báo chí <input type="checkbox"/> Trang mạng NextDoor <input type="checkbox"/> Nguồn khác (ghi rõ): _____	

Phần 2: Thông tin về toa thuốc/Prescription Information

Vui lòng liệt kê các tên thuốc mà quý vị đang sử dụng, trong ba (3) loại thuốc dưới đây:

- Thuốc điều trị tiểu đường
- Thuốc xịt suyễn
- Thuốc tiêm tự động Epinephrine

Toa Thuốc 1/Prescription 1:		
Tên thuốc/Medication Name:*		
Loại thuốc/Medication Category: [chọn một]* <input type="radio"/> Thuốc điều trị tiểu đường <input type="radio"/> Thuốc xịt suyễn <input type="radio"/> Thuốc tiêm tự động Epinephrine		
<i>Nếu quý vị không đính kèm toa thuốc với mẫu đơn này thì điền vào phần dưới đây:</i>		
Thông tin về nhà thuốc/Pharmacy Information:		
Tên của nhà thuốc/Pharmacy Name:	Số điện thoại của nhà thuốc/Pharmacy Phone Number:	
Địa chỉ nhà thuốc/Pharmacy Address:		
Thành phố/City	Tiểu bang/State:	Mã bưu điện/Zip Code:

Toa thuốc 2/Prescription 2:		
Tên thuốc/Medication Name:*		
Loại thuốc/Medication Category: [chọn một]* <input type="radio"/> Thuốc điều trị tiểu đường <input type="radio"/> Thuốc xịt suyễn <input type="radio"/> Thuốc tiêm tự động Epinephrine		
<i>Nếu quý vị không đính kèm toa thuốc với mẫu đơn này thì điền vào phần dưới đây:</i>		
Thông tin về nhà thuốc/Pharmacy Information:		
Tên của nhà thuốc/Pharmacy Name:	Số điện thoại của nhà thuốc/Pharmacy Phone Number:	
Địa chỉ nhà thuốc/Pharmacy Address:		
Thành phố/City	Tiểu bang/State:	Mã bưu điện/Zip Code:

Toa thuốc 3/Prescription 3:		
Tên thuốc/Medication Name:*		
Loại thuốc/Medication Category: [chọn một]* <input type="radio"/> Thuốc điều trị tiểu đường <input type="radio"/> Thuốc xịt suyễn <input type="radio"/> Thuốc tiêm tự động Epinephrine		
<i>Nếu quý vị không đính kèm toa thuốc với mẫu đơn này thì điền vào phần dưới đây:</i>		
Thông tin về nhà thuốc/Pharmacy Information:		
Tên của nhà thuốc/Pharmacy Name:	Số điện thoại của nhà thuốc/Pharmacy Phone Number:	
Địa Chỉ nhà thuốc/Pharmacy Address:		
Thành phố/City	Tiểu bang/State:	Mã bưu điện/Zip Code:

Toa thuốc 4/Prescription 4:		
Tên thuốc/Medication Name:*		
Loại thuốc/Medication Category: [chọn một]* <input type="radio"/> Thuốc điều trị tiểu đường <input type="radio"/> Thuốc xịt Suyễn <input type="radio"/> Thuốc tiêm tự động Epinephrine		
<i>Nếu quý vị không đính kèm toa thuốc với mẫu đơn này thì điền vào phần dưới đây:</i>		
Thông tin về nhà thuốc/Pharmacy Information:		
Tên của nhà thuốc/Pharmacy Name:	Số điện thoại của nhà thuốc/Pharmacy Phone Number:	
Địa chỉ nhà thuốc/Pharmacy Address:		
Thành phố/City	Tiểu bang/State:	Mã bưu điện/Zip Code:

Toa thuốc 5/Prescription 5:		
Tên thuốc/Medication Name:*		
Loại thuốc/Medication Category: [chọn một]* <input type="radio"/> Thuốc điều trị tiểu đường <input type="radio"/> Thuốc xịt suyễn <input type="radio"/> Thuốc chích tự động Epinephrine		
<i>Nếu quý vị không đính kèm toa thuốc với mẫu đơn này thì điền vào phần dưới đây:</i>		
Thông tin về nhà thuốc/Pharmacy Information:		
Tên của nhà thuốc/Pharmacy Name:	Số điện thoại của nhà thuốc/Pharmacy Phone Number:	
Địa chỉ nhà thuốc/Pharmacy Address:		
Thành phố/City	Tiểu bang/State:	Mã bưu điện/Zip Code:

Toa thuốc 6/Prescription 6:		
Tên thuốc/Medication Name:*		
Loại thuốc/Medication Category: [chọn một]* <input type="radio"/> Thuốc điều trị tiểu đường <input type="radio"/> Thuốc xịt suyễn <input type="radio"/> Thuốc tiêm tự động Epinephrine		
<i>Nếu quý vị không đính kèm toa thuốc với mẫu đơn này thì điền vào phần dưới đây:</i>		
Thông tin về nhà thuốc/Pharmacy Information:		
Tên của nhà thuốc/Pharmacy Name:	Số điện thoại của nhà thuốc/Pharmacy Phone Number:	
Địa chỉ nhà thuốc/Pharmacy Address:		
Thành phố/City	Tiểu bang/State:	Mã bưu điện/Zip Code:

Phần 3: Thông tin về tài chính/Financial Information

Tổng số người trong gia đình/Household Size	
Tổng số người trong gia đình, bao gồm bản thân quý vị, người vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống và những người con dưới 21 tuổi, còn ở chung nhà hoặc không ở chung nhà với quý vị.	
Thông tin về thu nhập/Income Information	
Tổng số tiền thu nhập hàng năm của tất cả những người trong gia đình trong năm vừa qua – <i>Tổng cộng tất cả các nguồn thu nhập*</i>	
\$	
Chi phí hàng năm cho toa thuốc	
Chi phí cá nhân tự trả cho toa thuốc trong năm dương lịch trước - chỉ ghi chi tiêu cho thuốc trị tiểu đường, thuốc xịt suyễn và thuốc tiêm tự động thuốc epinephrine cho chính bản thân quý vị. Vui lòng giữ lại giấy tờ về các chi trả tự túc để chứng minh trong trường hợp bị kiểm toán.	
Thuốc tiểu đường: \$_____	
Thuốc bơm suyễn: \$_____	
Ống chích thuốc Epinephrine tự động: \$_____	

Phần 4: Thông tin về bảo hiểm y tế

Bảo hiểm y tế

Quý vị hiện đang có (các) chương trình bảo hiểm y tế nào sau đây?

- Tôi không có bảo hiểm y tế
- Bảo hiểm y tế do chính phủ tài trợ (ví dụ: Medi-Cal, Medicare)
- Bảo hiểm y tế tư nhân / thương mại
 - Kaiser Permanente
 - Blue Cross Blue Shield
 - Santa Clara Family Health Plan
 - Valley Health Plan
 - Bảo hiểm khác: _____

Bắt đầu từ ngày 01 tháng 01 năm 2025, quý vị sẽ không đủ điều kiện để tham gia vào chương trình MedAssist nếu quý vị đã tham gia vào chương trình chăm sóc sức khỏe của liên bang hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe của tiểu bang.¹

Điều này bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở những điều sau đây:

- Medi-Cal (bao gồm Managed Care Medi-Cal, chẳng hạn như Santa Clara Family Health Plan và Blue Cross/Blue Shield, kể cả Medi-Cal trả phí theo dịch vụ)
- Medicare (bao gồm Medicare phần D và chương trình thuốc theo toa Medicare Advantage)
- TRICARE
- Cơ quan quản lý y tế của bộ cựu chiến binh VA
- Dịch vụ y tế cho thổ dân đa đờ
- Chương trình bảo hiểm y tế dành cho trẻ em (Children's Health Insurance Program - CHIP)

¹ Một "Chương trình chăm sóc sức khỏe liên bang" là bất kỳ chương trình nào cung cấp các phúc lợi sức khỏe — cho dù trực tiếp, thông qua bảo hiểm, hay cách nào khác — được chính phủ Hoa Kỳ tài trợ, toàn bộ hoặc một phần, (ngoại trừ chương trình phúc lợi sức khỏe cho nhân viên của liên bang). Một chương trình chăm sóc sức khỏe của tiểu bang là (1) Một chương trình của tiểu bang được phê duyệt theo Tiêu đề XIX của Đạo luật (Medicaid), (2) Bất kỳ chương trình nào nhận được quỹ theo Tiêu đề V của Đạo luật hoặc từ một khoản phân bổ cho tiểu bang theo tiêu đề đó (Chương trình nhận khoản tài trợ dùng cho các dịch vụ y tế dành cho bà mẹ và trẻ em), (3) Bất kỳ chương trình nào nhận được quỹ theo phụ đề A của Tiêu đề XX của Đạo luật hoặc từ bất kỳ khoản phân bổ nào cho một tiểu bang theo phụ đề đó (Khoản tài trợ cho các tiểu bang dùng cho các dịch vụ xã hội), hoặc (4) Chương trình sức khỏe trẻ em của tiểu bang được phê duyệt theo Tiêu đề XXI (Chương trình bảo hiểm y tế dành cho trẻ em)



**ỦY QUYỀN CHO XỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ
THÔNG TIN BẢO MẬT VỀ SỨC KHỎE**

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

1 Tên của Bệnh Nhân: _____
 Ngày sinh: _____
 ID hoặc Hồ Sơ Bệnh Lý# _____
 Địa chỉ: _____

 Điện thoại: _____

2 **ỦY QUYỀN:** Tôi cho phép _____ được xử dụng và tiết lộ cho
 Tên Người Nhận: _____
 Địa Chỉ: _____
 Điện Thoại: _____ Fax: _____

3 **MỤC ĐÍCH:** Thông tin về sức khỏe đã tiết lộ chỉ được xử dụng vào (các) mục đích sau đây: _____

4 **THÔNG TIN ĐƯỢC PHÉP PHỔ BIẾN**
 Từ Ngày: _____ Đến Ngày: _____

A **Hồ Sơ Bệnh Lý**
 Tất cả thông tin (như, định bệnh, kết quả xét nghiệm, điều trị); HOẶC
 Hình và/hoặc Phim Báo Cáo Hóa Đơn Nha Khoa

B **Kết quả thử HIV/AIDS** (phải có giấy ủy quyền riêng cho mỗi lần tiết lộ.) **Ký tắt:** _____

C **Cai nghiện Ma Túy & Rượu** (định bệnh, kết quả xét nghiệm, điều trị, hóa đơn, tham dự) **Ký tắt:** _____

D **Sức Khỏe Tâm Trí** (như, định bệnh, kết quả xét nghiệm, điều trị, hóa đơn) **Ký tắt:** _____

E. **Thông tin khác** _____ **Ký tắt:** _____

5 **CÁCH CUNG CẤP THÔNG TIN:** Gởi thư Đến lấy Cách khác _____

6 **HÌNH THỨC:** CD Phim Văn bản Cách khác _____

7 **THỜI HẠN:** Sự ủy quyền này có hiệu lực ngay và sẽ có hiệu lực đến _____ (give date)
 Nếu tôi không ghi ngày thì sự ủy quyền sẽ hết hiệu lực mười hai tháng sau, kể từ ngày ký tên.

8 **HỦY BỎ:** Tôi hiểu tôi có quyền hủy bỏ sự ủy quyền bất cứ lúc nào. Sự hủy bỏ phải (1) bằng văn thư; (2) gửi về hoặc nộp tại Health Information Management Department; và 3) có hiệu lực sau khi văn phòng này nhận được thư hủy bỏ. Lệnh hủy bỏ sẽ không áp dụng cho những tiết lộ mà SCVHHS đã thực hiện theo sự ủy quyền này, hoặc khi cần sự ủy quyền để có bảo hiểm tài trợ và công ty bảo hiểm có quyền khiếu nại yêu cầu tài trợ. Hủy bỏ bằng lời nói sẽ được chấp nhận đối với hồ sơ bệnh tâm trí về hành vi, theo WIC Section 5328. Gọi: 408-885-5770.

9 **ĐIỀU KIỆN:** Tôi hiểu rằng sự điều trị, trả tiền, ghi danh, hoặc điều kiện hưởng quyền lợi sẽ không căn cứ vào việc tôi đồng ý hoặc từ chối ủy quyền, trừ khi sự điều trị có liên quan đến việc nghiên cứu, hoặc nếu dịch vụ y tế được cung cấp cho tôi chỉ để thiết lập thông tin về sức khỏe để cung cấp cho đệ tam nhân. Tôi cũng hiểu tôi có quyền không ký tên vào giấy ủy quyền này. Bản sao giấy ủy quyền có hiệu lực như bản chính. Tôi có quyền giữ bản sao giấy ủy quyền này.

10 **TÁI PHỔ BIẾN:** Thông tin tiết lộ qua sự ủy quyền này có thể được người nhận tiếp tục phổ biến. Một số trường hợp tái phổ biến như vậy không bị Luật California cấm, và có thể không còn được bảo vệ bởi Luật Bảo Mật của Liên Bang (HIPAA), mặc dù thông tin được bảo vệ bởi 42 CFR Part 2 vẫn tiếp tục được sự bảo vệ đó. Ngoài ra, Luật California quy định, người nhận thông tin không được quyền tiếp tục tiết lộ thông tin này trừ khi có giấy cho phép khác của tôi, hoặc trừ khi sự tiết lộ này theo luật pháp đòi hỏi hoặc cho phép.

11 Tên của Bệnh Nhân/Đại Diện Bệnh Nhân _____ Chữ ký của Bệnh Nhân/Đại Diện _____ Liên Hệ _____ Ngày _____



THÔNG CÁO VỀ VIỆC BẢO VỆ ĐỜI TƯ

**CÔNG NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC BẢN THÔNG CÁO
(ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT)**

Ký tên vào giấy này là quý vị công nhận rằng quý vị đã nhận được bản *Thông Báo Về Bảo Vệ Đời Tư (Notice of Privacy Practices)*. Bản *Thông Báo Về Việc Bảo Vệ Đời Tư* sẽ giải thích cho quý vị biết chúng tôi có thể xử dụng và tiết lộ thông tin y khoa hoặc thông tin bảo mật về sức khỏe của quý vị (PHI) như thế nào. Xin quý vị đọc kỹ.

Bản *Thông Báo Về Bảo Vệ Đời Tư* có thể được sửa đổi. Nếu chúng tôi sửa đổi nội dung bản Thông Báo thì chúng tôi sẽ dán bản Thông Báo đã được sửa đổi tại các cơ sở của chúng tôi. Quý vị có thể lấy bản *Thông Báo Về Bảo Vệ Đời Tư* mới nhất nơi nhân viên Ghi Danh hoặc Nhập Viện khi quý vị đến bất cứ cơ sở nào của chúng tôi để điều trị hoặc nhận dịch vụ.

Tôi công nhận đã nhận một bản *Thông Báo Về Việc Bảo Vệ Đời Tư* của Hệ Thống Y Tế Hạt Santa Clara (County of Santa Clara Health System - CSCHS).

Ngày/Date: _____ **Chữ ký/Signature:** _____
(bệnh nhân/ cha, mẹ/ quản lý/ bảo hộ)

Tên/Name: _____
(viết chữ in)

=====

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

This portion must be completed only if no signature can be obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe good faith efforts made to obtain the acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement could not be obtained.

Date: _____ Signature: _____
(Representative of CSCHS)

Title: _____

Điều khoản và Điều kiện để tham gia vào chương trình

1. Bệnh nhân đã nộp đơn hoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân (ví dụ: cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp) đã thay mặt bệnh nhân nộp đơn, để tham gia chương trình MedAssist. Nếu bệnh nhân hội đủ các điều kiện dựa trên các điều khai trên đơn và ngân quỹ hiện có thì bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân sẽ được cấp một khoản trợ cấp để hỗ trợ cho các chi phí chăm sóc sức khỏe tự trả như tiền đồng thanh toán, tiền phải trả cùng với bảo hiểm, khoản khấu trừ và / hoặc tiền bảo hiểm.
2. Việc nhận trợ cấp MedAssist phụ thuộc vào việc bệnh nhân lấy và sử dụng (các) thuốc đủ điều kiện của họ theo như chỉ dẫn và sử dụng khoản trợ cấp này cho các thuốc của họ được phê duyệt trợ cấp.
3. Bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của họ hiểu rằng bất kỳ điều giả tạo nào có trên đơn MedAssist có thể dẫn đến việc thu hồi khoản trợ cấp vào bất cứ lúc nào và hơn nữa nó có thể cấu thành hành vi gian lận mà bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của họ có thể phải chịu trách nhiệm về mặt pháp lý.
4. Nếu MedAssist nhận ra bất kỳ thông tin không chính xác hoặc hành động gian lận nào liên quan đến việc nộp đơn của bệnh nhân và đơn đã được chấp thuận, thì việc tham gia chương trình sẽ bị chấm dứt và MedAssist có thể thu lại số tiền hỗ trợ tài chính đã cung cấp cho bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của họ.
5. Bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của họ cho phép Hạt Santa Clara yêu cầu lấy báo cáo tin dụng và / hoặc để xác minh bất kỳ các điều khai trên đơn nào khi thấy cần thiết.
6. Vào bất cứ lúc nào MedAssist có quyền sửa đổi hoặc ngừng toàn bộ hoặc bất kỳ phần nào của chương trình MedAssist và / hoặc khoản trợ cấp mà không cần thông báo cho bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của họ.
7. Bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của họ không được đảm bảo hoặc được hứa hẹn hỗ trợ tài chính và bất kỳ hỗ trợ nào từ MedAssist theo khuôn khổ của các điều khoản và điều kiện do MedAssist thiết lập.
8. Bệnh nhân hoặc đại diện pháp lý của họ đồng ý thông báo cho MedAssist bằng văn bản trong vòng 14 ngày theo lịch qua email (medassist@hhs.sccgov.org) hoặc thư (751 S Bascom Ave 3N330 San Jose, CA 95128) về bất kỳ điều gì không tuân thủ với bất cứ các điều khoản và điều kiện tham gia chương trình hoặc bất kỳ thay đổi nào về thông tin sau:
 - a. Thông tin cá nhân: địa chỉ nhà, số điện thoại, địa chỉ e-mail, cách thức liên lạc
 - b. Thông tin hộ gia đình: có thêm con hoặc nhận con nuôi, ai trong gia đình chết, kết hôn, ly hôn, ly thân hợp pháp, có bạn đời đã đăng ký
 - c. Tình trạng công việc: thất nghiệp, thay đổi lương, nhận thêm việc làm, tình trạng làm việc của vợ / chồng hoặc thay đổi tiền lương
 - d. Thu nhập: thay đổi thu nhập
 - e. Bảo hiểm: thay đổi bảo hiểm y tế
 - f. Chi phí toa thuốc hàng năm: thay đổi (các) số tiền được trả cho các đơn thuốc đủ điều kiện
9. Nếu quý vị nộp đơn cho chính mình hoặc thay mặt cho người khác, quý vị và cá nhân quý vị đang nộp đơn phải cư trú tại Hạt Santa Clara. Phải báo cho MedAssist bằng văn bản trong vòng 14 ngày theo lịch qua email (medassist@hhs.sccgov.org) hoặc thư (751 S Bascom Ave 3N330 San Jose, CA 95128) về bất kỳ thay đổi nào về nơi cư trú.
10. Bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của họ đồng ý lưu giữ tài liệu về chi phí toa thuốc của họ trong ít nhất một năm trong trường hợp có kiểm toán từ chương trình MedAssist .

Tôi đã đọc và đồng ý tuân thủ đầy đủ các điều khoản và điều kiện để tham gia chương trình. Tôi hiểu rằng nếu không làm như vậy có thể dẫn đến việc bị chấm dứt tham gia vào chương trình MedAssist.

Tôi xác nhận rằng sẽ bị hình phạt nếu khai man với chữ ký của tôi rằng thông tin mà tôi đã cung cấp theo yêu cầu trong thỏa thuận này là đúng sự thật và đầy đủ theo hiểu biết và suy nghĩ tốt nhất của tôi.

Tên bệnh nhân

Tên người đại diện hợp pháp của bệnh nhân
(nếu ký thay cho bệnh nhân)

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp

Mối quan hệ của người đại diện hợp pháp với bệnh nhân

Ngày



Mẫu chấp thuận về cách liên lạc

Chúng tôi muốn xác nhận cách thức mà quý vị thích dùng để liên lạc với đội ngũ của chương trình MedAssist. Tại thời điểm này, chúng tôi có một trong ba chọn lựa sau để liên lạc:

Tôi, _____, đồng ý với cách thức liên lạc sau đây với đội ngũ MedAssist.

- Liên lạc email không được an toàn (Khi chọn cách chọn lựa này, quý vị đồng ý nhận email không được mã hóa từ chương trình MedAssist và quý vị thừa nhận rằng quý vị hiểu là có rủi ro truy cập ngoài ý muốn, từ bên thứ ba vào thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị trong quá trình truyền email không được mã hóa.)
- Liên lạc email an toàn (Phương pháp này sẽ yêu cầu quý vị ghi danh vào một trang web an toàn để đọc và trả lời thư email của chúng tôi)
- Quý vị không muốn sử dụng email như là một cách thức để liên lạc với đội ngũ MedAssist. Cách chọn này sẽ dẫn đến việc là tất cả mọi liên lạc sẽ diễn ra qua thư từ bằng giấy.

Tên bệnh nhân

Tên người đại diện hợp pháp của bệnh nhân (nếu có)

Mối quan hệ của người đại diện hợp pháp của bệnh nhân với bệnh nhân (nếu có)

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân

Ngày



NGÀY:

NGƯỜI NHẬN:

SỐ THAM KHẢO REFERENCE #:

GỬI TỪ: Chương trình MedAssist

VỀ VIỆC: Khai nhận trợ cấp MedAssist hàng quý

Vui lòng hoàn tất việc khai nhận và bảng câu hỏi để nhận khoản trợ cấp tiếp theo của quý vị. Phần trả lời bảng câu hỏi của quý vị có thể được chia sẻ với dược sĩ. Thanh toán cho quý vị sẽ được tiến hành sau khi nhận được tờ khai nhận và phần trả lời bảng câu hỏi.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi thừa nhận rằng:

1. Tôi đã được nhận trợ cấp thông qua chương trình MedAssist và tôi biết rằng nếu tôi tiếp tục đều đặn lấy các thuốc đủ điều kiện và đúng hạn VÀ tôi dùng thuốc theo đúng chỉ dẫn VÀ tôi tuân thủ theo tất cả các yêu cầu của chương trình, tôi sẽ được nhận tiền trợ cấp hàng tháng.
2. Trong 90 ngày qua, tôi đã lấy các thuốc đủ điều kiện đều đặn và đúng hạn VÀ tôi đã dùng thuốc theo đúng chỉ dẫn.
3. Tôi xác nhận rằng các thuốc đủ điều kiện sẽ được tiếp tục lấy đều đặn và đúng hạn VÀ tôi sẽ tiếp tục dùng thuốc theo đúng chỉ dẫn trong 90 ngày tới.
4. Tôi sẽ thông báo cho MedAssist trong vòng 14 ngày theo lịch nếu có bất kỳ điều nào không tuân thủ theo yêu cầu của chương trình và có bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện tham gia MedAssist của tôi, chẳng hạn như thông tin về hộ gia đình, bảo hiểm, chi phí toa thuốc và / hoặc thu nhập.
5. Tôi hiện không có bất kỳ bảo hiểm nào cho các thuốc ghi toa hoặc có giúp đỡ nào khác cho chi phí từ chương trình Chăm sóc sức khỏe thuộc liên bang hoặc chương trình Chăm sóc sức khỏe thuộc tiểu bang VÀ sẽ thông báo cho MedAssist trong vòng 14 ngày theo lịch nếu điều đó có thay đổi.
6. Tôi đồng ý hoàn trả lại cho MedAssist nếu tôi nhận được khoản thanh toán sau khi tôi không còn hội đủ điều kiện để tham gia vào chương trình nữa.
7. Tôi hiểu rằng việc gia nhập MedAssist của tôi có thể ảnh hưởng đến việc đủ điều kiện để nhận các phúc lợi công cộng khác và tôi nên tham khảo ý kiến với chuyên gia thuế để hiểu ý nghĩa thuế tiềm ẩn đối với khoản trợ cấp cho mình.

Tôi tuyên thệ theo hình phạt về tội khai man theo luật của California rằng những điều trên là đúng và chính xác.

Tên bệnh nhân

Tên người đại diện hợp pháp của bệnh nhân
(nếu ký thay cho bệnh nhân)

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp luật

Mối quan hệ của người đại diện hợp pháp với bệnh nhân

Ngày



Bảng câu hỏi về diễn biến của bệnh

Lúc nộp đơn ban đầu:

Quý vị có đi cấp cứu trong ba tháng vừa qua không bởi vì quý vị đã không dùng (các) thuốc của mình?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không	
Quý vị có quên dùng bất kỳ liều thuốc nào trong ba (3) tháng vừa qua không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> N/A
Nếu quý vị bị hen suyễn, quý vị có cảm thấy bệnh hen suyễn của quý vị đã được kiểm chế tốt trong ba (3) tháng vừa qua không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> N/A
Nếu quý vị bị tiểu đường, quý vị có cảm thấy bệnh tiểu đường của quý vị đã được kiểm chế tốt trong ba (3) tháng vừa qua không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> N/A
Nếu quý vị bị dị ứng nghiêm trọng, quý vị có cảm thấy tự tin khi sử dụng viết tiêm thuốc epinephrine tự động (EpiPen) vào lúc cần thiết không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> N/A