Ascension Rx Medication Assistance Program Application

Ascension Rx Hickman	150 East Swan Street Centerville, TN 37033	P 931.729.6798 F 931.729.6799
Ascension Rx Midtown	300 20th Ave North, Ste 104 Nashville, TN 37203	P 615.284.6170 F 615.284.6171
Ascension Rx River Park	140 Vo Tech Drive, Ste 2 McMinnville, TN 37110	P 931.815.1340 F 931.815.1341
Ascension Rx Saint Louise	1020 N. Highland Ave Murfreesboro, TN 37130	P 615.396.6167 F 615.396.6627
Ascension Rx West	4230 Harding Pike, Ste A214 Nashville, TN 37205	P 615.222.6216 F 615.222.6189

Se aceptan aplicación de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	# Seguro Social

Dirección de domicilio		Ciudad	Estado	Código postal Tele

Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo-F/M	Droga Alérgico al medicamento - lista

¿Archivaste una declaración de impuestos el año pasado? Sí _____ No _____
¿Eres un veterano? Sí _____ No _____
¿Usted recibe Cupones para Alimentos? Sí _____ No _____
¿Tiene Medicare o TennCare? Sí _____ No _____ (numero de Medicare/TennCare) _____
¿El departamento de seguridad social lo ha clasificado como discapacitado? Sí _____ No _____
¿Recibe beneficios del Seguro Social o de Discapacidad? Si _____ No _____
¿Tiene seguro de medicamentos recetados?? Sí _____ No _____ (por favor enumere)_____
¿Cuál es su estado de vivienda? Alquiler _____ Propio _____ Vivir con otra persona _____ Otro _____
Estado de Familia Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Otro: _____
Estado de trabajo Sí _____ No _____ jubilado _____ incapacitado _____ Cuántas horas por semana trabajas _____hrs

¿**Cuánto antes de impuestos usted gana o recibe? por SEMANA _____ o por mes _____ o por año _____**
(incluir salario, seguro social, pensión, alimenticia, alimenticia de niños, salario de desenpleo, etc.)

Número de personas en su familia /casa _____ Cual es la relacion con el solicitante _____

¿Cuánto antes de impuestos ganan o reciben otras personas en el hogar (incluyendo el cónyuge/otro significativo)? por semana _____ o por mes _____ o por año _____

***Debemos tener una prueba de ingresos para proporcionar asistencia más allá del primer llenado de medicamentos*.**
Ejemplos de comprobante de ingresos: declaración de impuestos, cheques de pago, carta de cupones de alimentos

Aplicación y Identificación y prueba de ingresos debe ser proporcionada cada 12 meses

La información anterior que he proporcionado es correcta y completa. Entiendo que debo informar al personal de la farmacia si obtengo cobertura de seguro y que si no obtengo y sigo recibiendo los medicamentos del programa, o si proporciono información falsificada, mi inscripción en el programa de Asistencia para Medicamentos será revocada y no seré elegible para el programa en el futuro.

_____ _____ *Rev 1/31/2025*
Firma del paciente Fecha

Office use only

Source of Referral: SS Health Dept Hickman nav Holy Family Magdalene Next Door SLC STFHCW OTHER _____

☐ Enterprise checked ☐ OneSource/Passport checked

Pharmacy Staff Signature: _____ **Date:** _____