

Autorización del cliente

Al completar y entregar esta solicitud, estoy solicitando un servicio de descuento ofrecido por el programa HealthyCare Card a través de Healthy Community Network. Yo entiendo que:

- **HealthyCare Card es un programa de asistencia financiera para atención médica y no es un seguro médico.**

Doy permiso a Healthy Community Network de pedir y recibir información sobre el estado de mi solicitud de registro en:

- PA Department of Human Services/County Assistance Office (asistencia pública)
 - Programa PACE o PACENET
 - Compañías farmacéuticas que ofrecen asistencia para medicamentos
 - Otros proveedores de salud participantes en asistencia financiera para ayudarlo a usted
 - Administración de veteranos
 - Mi empleador
- Entiendo que esta autorización puede vencer entre seis meses y un año después de la fecha de autorización y se puede cancelar por escrito contactando al Healthy Community Network al 3421 Concord Road York, PA 17402 o llamando al 800-429-2430.
 - *Haré mi parte para mantener una relación positiva y respetuosa con mis proveedores de cuidado de salud y los empleados de la oficina*
 - **Estoy de acuerdo en notificar a HealthyCare- Healthy Community Network si yo, o un miembro de mi familia somos elegibles para un programa de seguro de salud, o si mi ingreso o el de mi familia aumenta o disminuye. Entiendo que mi membresía en el programa puede terminar si no completo las solicitudes para otros programas de cobertura de seguro que pueda recibir, incluyendo, Asistencia Médica y el Medicare, si es aplicable.**
 - También otorgo consentimiento de compartir mi información de salud personal con los empleados del "Healthy Community Network", siempre que la información sea usada en mi tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. Por ejemplo, información de cualquier enfermedad crónica, como la diabetes y enfermedad del corazón, pueden ser usadas por el grupo de cuidado médico para ayudarme mejor.
 - Doy permiso para permitirle a las compañías farmacéuticas o la persona que ellos designen a revisar mi información para auditorías en caso de que reciba medicamentos a través de sus programas de asistencia para los pacientes.

Certifico que la información que está arriba acerca de mi ingreso, assets, gastos y dirección está completa y precisa. Certifico que la información de arriba es verdadera bajo el mejor de mi conocimiento y que no estoy intentando cometer fraude. Entiendo que mi membresía de HealthyCare Card puede ser terminada si encuentran que la información es falsa.

Persona Aplicando #_____

Nombre _____ # de SS _____ - ____ - ____ Fecha de nac. _____

Firma _____ Fecha _____

Relación del firmante con el paciente _____

La solicitud debe estar firmada para ser procesada

Después de que envíe su solicitud, esta será revisada y se le notificará por correo la decisión.

Envíe la aplicación completada con copias de todos los documentos requeridos a:

By mail - Healthy Community Network 116 S. George Street, Suite 101, York, PA 17401

By fax – 717-848-2029

Email – hcn@wellspan.org and attach to an email

Preguntas o inquietudes- Llamar al 800-429-2430 or email at hcn@wellspan.org

www.healthycommunitynetwork.org