



患者登記申請表

感謝您對藥物輔助計劃 (MedAssist program) 的興趣。請填寫隨附的申請表，並將其與所需文件一起返還給 MedAssist。

在收到您完整的申請表後，MedAssist 工作人員 將根據我們的計劃指南和可用資金來確定您是否有資格獲得補助金。請瞭解，所有申請批准均取決於是否有資金可供放款，並且是以先到先得的方式進行。

請將整份完整填寫的申請文件發送至:

傳真: (408) 885-4093

郵寄: Attn: MedAssist

777 Turner Dr, Suite 330

San Jose, CA 95128

電郵: MedAssist@hhs.sccgov.org

遞放現場: 於任何下列 Santa Clara Valley Healthcare 門診藥房

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

如果您有任何問題或需要協助填寫申請表，請與我們聯繫。

電話: (408) 970-2001

電郵: MedAssist@hhs.sccgov.org

時間: 週一 – 週五, 上午9AM – 下午5PM

www.GetMedAssist.com

開始

我需要準備什麼資料？

1. 患者人口統計調查和聯絡訊息
2. 處方訊息
 - a. 藥物名稱
 - b. 處方籤紙本或藥房訊息
3. 財務訊息
 - a. 家庭總年收入估值和家庭人口規模
 - b. 去年家庭自付醫療費用估算
 - c. 去年家庭自付醫療費用。自付醫療費用包括：
 - 醫療和處方藥掛號費
 - 健保保費

我需要準備什麼文件？

聖塔克拉拉縣 (Santa Clara County) 居住證明 – 提供以下其中一項:

- 目前租房合同/契約
- 目前每月房貸按揭帳單
- 目前公用事業帳單（水，電，煤氣，垃圾）
- 無家可歸者（需填寫完整的患者聲明書）
- 車牌登記證
- 效期內的駕照
- 申請人同住者出具的支持信函 (Letter of support) 以及該同住者其居住證明

身份證明（需附照片的身份證件） – 提供以下其中一項:

- 效期內的駕照
- 效期內的護照
- 效期內政府所核發的身份證件
- 效期內工作證或學校身份證件
- 出生證明及附照片的效期內身份證件

收入證明 – 提供適用您全家上一年度的所有收入證明:

- 最近的納稅申報表 (必需)
- 薪資單存根 (至少兩 (2)張)
- W-2 稅表
- 補助收入信函 (社會安全津貼, 殘障津貼, 失業救濟津貼, 工傷賠償)
- 現金收入月結單 (包括小費)
- 軍人福利收入月結單
- 租金收入收據

有效處方籤證明 – 為每份符合條件的處方提供以下其中一項:

- 處方籤紙本
- 藥房聯絡訊息



Staff Use Only: Date: _____ Time: _____

第一部分: 患者訊息

姓:*		名:*		中間名:	
患者出生日期 DOB (月月/日日/年年年年):*			偏好使用語言:*		
地址:*					
城市:*		州: CALIFORNIA		郵編:*	
家庭電話:*			手機電話:		
電子郵件:					
性別認同:*					
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 跨性別女性 <input type="checkbox"/> 跨性別男性		<input type="checkbox"/> 流性 - 非二元認同 <input type="checkbox"/> 其他	
民族文化:*			種族:*		
<input type="checkbox"/> 不是西班牙或拉丁 <input type="checkbox"/> 西班牙的 <input type="checkbox"/> 墨西哥的 <input type="checkbox"/> 中美洲的 <input type="checkbox"/> 南美洲的		<input type="checkbox"/> 拉丁美洲的 <input type="checkbox"/> 波多黎各的 <input type="checkbox"/> 古巴的 <input type="checkbox"/> 多米尼加的 <input type="checkbox"/> 其他西班牙的或拉丁美洲的 <input type="checkbox"/> 拒答/無法說明		<input type="checkbox"/> 患者拒答/無法說明 <input type="checkbox"/> 亞洲, 菲律賓裔 <input type="checkbox"/> 亞洲, 越南裔 <input type="checkbox"/> 白人, 阿拉伯裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 亞洲, 華裔 <input type="checkbox"/> 亞洲, 老撾 <input type="checkbox"/> 亞洲, 韓裔 <input type="checkbox"/> 亞洲, 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 亞洲, 日裔 <input type="checkbox"/> 亞洲, 印度裔 <input type="checkbox"/> 亞洲, 巴基斯坦 <input type="checkbox"/> 黑人, 非裔 <input type="checkbox"/> 黑人, 其他	
<input type="checkbox"/> 白人, 北美 <input type="checkbox"/> 白人, 歐洲 <input type="checkbox"/> 白人, 中東或北非 <input type="checkbox"/> 黑人, 非洲美國 <input type="checkbox"/> 白人, 其他 <input type="checkbox"/> 美洲原住民 <input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲, 其他 <input type="checkbox"/> 太平洋島民, 關島 <input type="checkbox"/> 太平洋島民, 薩摩亞 <input type="checkbox"/> 太平洋島民, 夏威夷					
您是如何知道藥物輔助 (MedAssist) 計劃的?*					
既有的申請人 朋友或家人 財務援助顧問 醫生辦公室 藥房 _____		<input type="checkbox"/> SCVMC 官網 <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> LinkedIn		新聞報紙 NextDoor 其他 (請說明): _____	

第二部分: 處方訊息

請從以下三(3)種藥物類別中列出您目前的處方用藥:

- 糖尿病藥物
- 哮喘經口吸入用藥
- 腎上腺素自主注射筆針

第一份處方:		
藥物名稱:*		
藥物類別: [勾選一項]* <input type="checkbox"/> 糖尿病藥物 <input type="checkbox"/> 哮喘經口吸入用藥 <input type="checkbox"/> 腎上腺素自主注射筆針		
如果您無法在此申請表中附上處方籤紙本, 則請完成下列填表:		
藥房訊息:		
藥房名稱:	藥房電話:	
藥房地址:		
城市:	州:	郵編:

第二份處方:		
藥物名稱*		
藥物類別: [勾選一項]* <input type="checkbox"/> 糖尿病藥物 <input type="checkbox"/> 哮喘經口吸入用藥 <input type="checkbox"/> 腎上腺素自主注射筆針		
如果您無法在此申請表中附上處方籤紙本, 則請完成下列填表:		
藥房訊息:		
藥房名稱:	藥房電話:	
藥房地址:		
城市:	州:	郵編:

第三份處方:		
藥物名稱:*		
藥物類別: [勾選一項]* <input type="checkbox"/> 糖尿病藥物 <input type="checkbox"/> 哮喘經口吸入用藥 <input type="checkbox"/> 腎上腺素自主注射筆針		
如果您無法在此申請表中附上處方籤紙本，則請完成下列填表:		
藥房訊息:		
藥房名稱:	藥房電話:	
藥房地址:		
城市:	州:	郵編:

第四份處方:		
藥物名稱:*		
藥物類別: [勾選一項]* <input type="checkbox"/> 糖尿病藥物 <input type="checkbox"/> 哮喘經口吸入用藥 <input type="checkbox"/> 腎上腺素自主注射筆針		
如果您無法在此申請表中附上處方籤紙本，則請完成下列填表:		
藥房訊息:		
藥房名稱:	藥房電話:	
藥房地址:		
城市:	州:	郵編:

第五份處方:		
藥物名稱:*		
藥物類別: [勾選一項]* <input type="checkbox"/> 糖尿病藥物 <input type="checkbox"/> 哮喘經口吸入用藥 <input type="checkbox"/> 腎上腺素自主注射筆針		
如果您無法在此申請表中附上處方籤紙本，則請完成下列填表:		
藥房訊息:		
藥房名稱:	藥房電話	
藥房地址:		
城市:	州:	郵編:

第六份處方:		
藥物名稱:*		
藥物類別: [勾選一項]* <input type="checkbox"/> 糖尿病藥物 <input type="checkbox"/> 哮喘經口吸入用藥 <input type="checkbox"/> 腎上腺素自主注射筆針		
如果您無法在此申請表中附上處方籤紙本，則請完成下列填表:		
藥房訊息:		
藥房名稱:	藥房電話:	
藥房地址:		
城市:	州:	郵編:

第三部分: 財務訊息

家庭人口規模	
家庭人口規模包括您自己、您的配偶或家庭伴侶以及二十一 (21) 歲以下的受撫養子女，無論其是否住在家裡。	
收入訊息	
去年家庭總年收入 – 從所有收入來源總計	
\$	
年度醫療費用	
去年家庭自付醫療費用 – 該項包括 - 醫療和處方藥掛號費以及健保保費*	
\$	



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

使用或披露被保護的健康信息授權書

1 患者姓名: _____
 出生日期: _____
 病歷 ID 號 # _____
 地址: _____

 Tel: _____

2 授 權: 本人同意給予 _____ 來使用並披露給
 接收方名字: _____

地 址: _____

電 話: _____ 傳真: _____

3 目 的: 被披露的健康信息只能為如下目的 (等) 使用 _____

4 將被披露的訊息

- A. 醫療記錄
 - 所有的健康訊息 (例如診斷, 檢測結果, 治療); 或者
 - 成像和/或片子 報告 帳單 牙科
- B. HIV/AIDS 檢測結果 (每一項披露均需單獨分開授權) 縮簽姓名首字母: _____
- C. 藥物濫用和酒精治療 (例如診斷, 測試結果, 治療, 帳單, 出席記錄) 縮簽姓名首字母: _____
- D. 精神行為健康 (例如診斷, 測試結果, 治療, 帳單) 縮簽姓名首字母: _____
- E. 其他 _____ 縮簽姓名首字母: _____

5 交付方式偏好:
 郵寄 親自領取 其他 _____

6 交付格式:
 CD光碟 片子 紙張 其他 _____

7 期 限: 本授權經簽署後立即生效, 並將持續有效至 _____ (日期)。
 如果本人未寫下日期, 則本授權將從簽署之日開始, 並於十二個月後失效。

8 取 消: 本人瞭解, 本人有權利在任何時候取消本授權。取消授權方法(1) 必須以書面形式作成;(2) 郵寄或送件至健康訊息管理部門 (Health Information Management Department), 751 S. Bascom Ave., San Jose, CA 95128; 並且 3) 以該部門收件到達之日為開始生效日。取消將不會適用於過去已授權給 CSCHS 所採取的行動, 或者如果要求授權是用以獲得健康保險給付, 保險公司有正當法律權力來索取給付。另外依 WIC 第 5328 條規定, 對於精神行為健康患者的病歷, 口頭取消是被接受的。請致電: 408-885-5770。

9 條 件: 本人瞭解, 對於治療, 付費, 註冊登記, 或獲取福利資格, 將不會因本人允許或拒絕給予本授權而有所改變, 除非與本人治療有關的研究, 或者如果向本人所提供醫療保健服務只是為創建受保護的健康訊息以發佈給第三方為目的。本人也瞭解, 本人可以拒絕簽署本授權書。本授權書效力與原件無異。本人有權獲得乙份本授權書。

10 再 次 披 露: 根據本授權披露的訊息可由接收方再次披露。在某些情況下, 加州法律並不禁止此類再次披露, 並且可能不再受聯邦保密法 (HIPAA), 的保護, 儘管訊息仍受 42 CFR 第 2 節條文的繼續保護。此外, 加州法律禁止接收方進一步披露本人的健康訊息除非獲得本人的另一項披露授權, 或者除非該披露受到法律允許或特別要求。

11 _____
 患者 / 患者代表姓名

 患者 / 患者代表簽名

_____ 關係 _____ 日期



隱私慣例通知

收件確認書

通過簽署此確認書，您承認您已收到我們一份**隱私慣例通知 (Notice of Privacy Practices)**。我們的**隱私慣例通知**為您提供有關我們如何使用和披露您的醫療或受保護的健康訊息 (PHI)。請仔細閱讀。

我們的**隱私慣例通知**可能會隨時更改。如果有更改，我們將在我們的醫療設施中發佈修訂版。當您來到我們的任何設施接受服務或治療時，您可以從我們的掛號或櫃台人員處獲取最新版的**隱私慣例通知**乙份。

本人特此確認收到聖塔克拉拉縣衛生系統 County of Santa Clara Health System (CSCHS)的**隱私慣例通知**乙份。

日期: _____

簽名: _____
(患者/家長/保護管束人/監護人)

名字: _____
(請填寫正楷)

=====

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: _____

計劃參與之條款條件與限制

1. 患者申請或患者的法定代表人（例如父母或法定監護人）代表患者申請參加 MedAssist 計劃。如果患者於申請表中所提供的內容符合資格標準，並且有補助經費可供撥款，則患者或患者的法定代表人將獲得補助金發放，以協助支付醫療自付費用，例如：掛號費、共同保險費、保險免付額和/或月保費。
2. MedAssist 補助金的收達，取決於患者是否有就符合資格的藥品，依處方簽規定補充續藥並使用。
3. 患者或其法定代表人瞭解，MedAssist 申請表中所填寫的任何虛假訊息都可能導致撥款隨時被撤銷，此外還可能構成欺詐，患者或其法定代表人也可能對此承擔法律責任。
4. 如果 MedAssist 發現如有任何與患者相關申請內容不確實或欺詐等的活動，且申請有獲得批准，則參與該計劃會被終止，MedAssist 可以向患者或其法定代表人收回所提供的財務補助金額。
5. 患者或其法定代表人授權 SCVHHS 可索取信用報告和/或在必要時驗證申請表中填寫的任何訊息。
6. MedAssist 有權在任何時候修改或終止 MedAssist 計劃和/或補助的全部或任何部分，而無需通知患者或其法定代表人。
7. 患者或其法定代表人並沒有得到擔保或承諾必可獲得財務補助，MedAssist 提供的任何補助僅限於 MedAssist 所制定的條款條件與限制。
8. 如有任何無法遵守該計劃參與之條款條件與限制，或有任何無法遵守以下異動的情況，患者或其法定代表人同意在 14 個日曆日內以電子郵件 (medassist@hhs.sccgov.org) 或郵寄 (777 Turner Dr. Suite 330 San Jose, CA 95128) 以書面形式通知 MedAssist:
 - a. 個人資料：家庭地址、電話號碼、電子郵件地址、聯繫方式
 - b. 家庭資料：另一個孩子出生或收養一個孩子、孩子搬進或搬離家中、家庭成員去逝、結婚、離婚、合法分居、有登記的同居伴侶
 - c. 工作狀態：失業、工資變動、有額外工作、配偶就業或配偶工資變動
 - d. 收入：收入改變、投資或資產改變、獲得遺產或養老金、購買或出售房產
9. 如果您為自己或代表他人申請，您和您申請的個人必須居住在聖塔克拉拉縣 (Santa Clara County) 境內。您必須在 14 個日曆日內以電子郵件 (medassist@hhs.sccgov.org) 或郵寄 (777 Turner Dr. Suite 330 San Jose, CA 95128) 以書面形式通知 MedAssist。

本人已閱讀並同意完全遵守計劃參與之條款條件與限制。本人瞭解，如果不遵守可能會導致終止參與 MedAssist 計劃。

本人透過以下簽名在此聲明，根據本人所知所信，本人按照本協定的要求所提供的資料內容是真實和完整的，否則願負偽證罪責。

患者全名

患者之法定代表人全名 (如果代表患者簽名)

患者或其法定代表人簽名

法定代表人與患者的關係

日期



日期:

收件者:

參考號 ID:

發文者: MedAssist 計劃

主旨: 季度 MedAssist 證實書

請完整填寫本證實書及問卷調查以便獲得您下一筆補助款。您的問卷回答將會分享給藥劑師。您的補助款會在收到本證實書及問卷後處理。

藉由以下的簽名，本人知悉:

1. 本人過去已獲准領得 MedAssist 計劃補助款。本人瞭解，如果本人有定期按時補充符合本計劃資格條件的處方**並且**有按處方指示使用藥品，本人將每月取得補助款。
2. 在過去的 90 天內，本人已定期按時補充符合本計劃資格條件的處方**並且**已按處方指示使用藥品。
3. 本人證實，對些該符合資格條件的處方將會繼續定期和按時補充**並且**本人會在接下來的 90 天內繼續按處方指示使用藥品。
4. 本人會在一 (1) 週內通知 MedAssist，如果有任何無法遵守計劃要求以及任何可能影響本人參加 MedAssist 資格的異動，例如家庭人口、工作狀態和/或收入。

依加州法律規定，本人聲明以上所填資料確實無誤，如有不實，願負偽證罪責。

 患者/患者代表名字

 患者/患者代表簽名

 與患者關係

 日期



臨床問卷

首次申請:

您在過去三(3)個月內是否有因未使用藥物而跑過急診室(ER)?	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	
您在過去三(3)個月內是否有跳過 / 忘記使用過任何藥物?	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不適用
如果您患有哮喘，您覺得您的哮喘在過去三(3)個月內是否有被良好的控制住?	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不適用
如果您患有糖尿病，您覺得您的糖尿病在過去三(3)個月內是否有被良好的控制住?	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不適用
如果您有嚴重的過敏，您在必要時是否有信心能夠自主使用腎上腺素注射筆針(EpiPen)?	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不適用