



Đơn Xin Ghi Danh Bệnh Nhân/Patient Enrollment Application

Cám ơn quý vị đã muốn tham gia Chương Trình MedAssist (Trợ Giúp Thuốc). Xin quý vị điền mẫu đơn và nộp cho Chương Trình MedAssist cùng với các chứng từ cần thiết.

Khi nhận được toàn bộ đơn đã hoàn tất, ban quản trị MedAssist sẽ cứu xét và quyết định quý vị có hội đủ điều kiện để được trợ giúp tài chính hay không, căn cứ vào chỉ thị điều hành chương trình và khả năng 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 trước.

Vui lòng gửi toàn bộ đơn xin trợ cấp thuốc về:

Fax: (408) 885-4093

Địa Chỉ Gửi Thư: Attn: MedAssist

777 Turner Dr, Suite 330

San Jose, CA 95128

Email: MedAssist@hhs.sccgov.org

Đến nộp đơn: tại một trong các Dược Phòng Ngoại Chẩn của Santa Clara Valley Healthcare

VALLEY HEALTH CENTER SAN JOSE

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 mẫu 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 về dân số học và thông tin liên lạc bệnh nhân
2. Thông tin về toa thuốc
 - a. Tên thuốc
 - b. Bản sao toa thuốc **HOẶC** thông tin của Dược Phòng đã cấp thuốc
3. Thông Tin Tài Chánh
 - a. Ước tính tổng thu nhập của gia đình, và số người trong gia đình
 - b. Ước tính tổng số tiền túi đã xuất ra để trả chi phí chăm sóc sức khỏe trong năm vừa qua
 - c. Tổng số tiền túi đã xuất ra để trả chi phí chăm sóc sức khỏe trong năm vừa qua. Chi phí phải trả tiền túi bao gồm:
 - Tiền phụ phí khám bệnh và mua thuốc
 - Tiền bảo hiểm hàng tháng

Tôi Cần các Chứng Từ Gì?

Chứng minh cư trú trong Hạt Santa Clara – Cung cấp **MỘT** trong các chứng từ sau đây:

- Giao kèo/Khế ước mượn nhà hiện nay
- Giấy Vay Nợ Ngân Hàng Mua Nhà hiện nay (Mortgage Statement)
- Biên Lai Tiện Ích hiện nay (biên lai tiền nước, điện, gas, rác)
- Vô Gia Cư (Điều giấy tuyên bố xác nhận của bệnh nhân)
- Giấy Đăng Bộ Xe
- Bằng Lái Xe có hiệu lực
- Thư xác nhận của chủ nhà mà đương đơn đang trú ngụ, và giấy tờ chứng minh địa chỉ cư trú trong Hạt Santa Clara của người chủ nhà.

Chứng Minh Lý Lịch (ID có hình ảnh) – Cung cấp **MỘT** trong các chứng từ sau đây:

- Bằng Lái Xe có Hiệu Lực
- Thẻ Thông Hành có Hiệu Lực
- Thẻ ID còn Hiệu Lực do Chính Quyền Cấp
- Thẻ Sở Làm hoặc Thẻ Học Sinh có hiệu lực
- Giấy Khai Sanh kèm theo thẻ ID có ảnh có hiệu lực

Chứng minh thu nhập – Cung cấp **TẤT CẢ** giấy tờ phù hợp của **tất cả thành viên trong gia đình**:

- Hồ Sơ Khai Thuế trong năm gần nhất (**phải có**)
- Cùi Chi Phiếu Tiền Lương (ít nhất là 2 cùi chi phiếu).
- Mẫu W-2
- Thư báo trợ cấp (An Sinh Xã Hội, Bệnh Tật, Thất Nghiệp, Bồi Thường Tai Nạn Lao Động)
- Giấy Khai Thu Nhập Tiền Mặt (bao gồm tiền hoa hồng -tips)
- Giấy Báo Trợ Cấp Quyền Lợi Quân Nhân
- Biên Lai Tiền Thu Nhập Cho Mượn Nhà

Chứng minh toa thuốc hợp lệ – Cung cấp **MỘT** trong các thông tin sau đây cho mỗi toa thuốc:

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



Staff Use Only: Date: _____ Time: _____

Phần 1: Thông Tin của Bệnh Nhân/ Patient Information

Họ của Tên Hợp Pháp/ Legal Last name*		Tên Hợp Pháp/Legal First Name:*	Chữ Lót Hợp Pháp/Legal Middle Name:
Ngày Sinh của Bệnh Nhân/ DOB (tháng/ngày/năm):*		Ngôn ngữ thường dùng/Preferred Language:*	
Địa Chỉ/Address:*			
Thành phố:*	Tiểu Bang: CALIFORNIA	Zip Code:*	
Số Điện Thoại Nhà/Home Phone Number:*		Số Điện Thoại Di Động/ Mobile Phone Number:	
Địa Chỉ Email/Email Address:			
Thể Hiện Giới Tính/ Gender Identity:*			
<input type="checkbox"/> Nam/Male <input type="checkbox"/> Chuyển giới nữ/Transgender Female <input type="checkbox"/> Không nhị phân/Non-binary <input type="checkbox"/> Nữ/Female <input type="checkbox"/> Chuyển giới nam/Transgender Male <input type="checkbox"/> Giới tính khác/ Other			
Chủng Tộc/Ethnicity:*		Sắc Dân/ Race:*	
<input type="checkbox"/> Không Hispanic hoặc Latino Spaniard Mexican <input type="checkbox"/> Trung Mỹ <input type="checkbox"/> Nam Mỹ <input type="checkbox"/> Mỹ Latin <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Dominican <input type="checkbox"/> Hispanic hoặc Latino 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, Arab <input type="checkbox"/> Hispanic hoặc Latino <input type="checkbox"/> Á Châu, Trung Hoa <input type="checkbox"/> Á Châu, Laotian <input type="checkbox"/> Á Châu, Đại Hàn <input type="checkbox"/> Á Châu, Cambodian <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 Mỹ <input type="checkbox"/> Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu, dân tộc khác <input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương, Guamanian <input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương, Samoan <input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương, Hawaiian	
Quý vị đã biết về Chương Trình Trợ Giúp Thuốc từ đâu?/ How Did You Hear About the MedAssist Program?*			
Đã có nộp đơn trước đây Bạn hoặc gia đình Cố Vấn Trợ Giúp Tài Chánh Văn Phòng Bác Sĩ Nhà Thuốc _____		Trang Mạng SCVMC Instagram Facebook LinkedIn	Báo Chí Người ở gần nhà Nơi 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 Bơm Suyễn
- Thuốc Chích Tự Động

Toa Thuốc 1/Prescription 1:		
Tên Thuốc/Medication Name:*		
Loại Thuốc/ Medication Category: [chọn một]* Thuốc Điều Trị Tiểu Đường Thuốc Bơm Suyễn 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:	Zip Code:

Toa Thuốc 2/ Prescription 2:		
Tên Thuốc/Medication Name:*		
Loại Thuốc/ Medication Category: [chọn một]* Thuốc Điều Trị Tiểu Đường Thuốc Bơm Suyễn 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:	Zip Code:

Toa Thuốc 3/ Prescription 3:		
Tên Thuốc/Medication Name:*		
Loại Thuốc/ Medication Category: [chọn một]* Thuốc Điều Trị Tiểu Đường Thuốc Bơm Suyễn 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:	Zip Code:

Toa Thuốc 4/ Prescription 4:		
Tên Thuốc/Medication Name:*		
Loại Thuốc/ Medication Category: [chọn một]* Thuốc Điều Trị Tiểu Đường Thuốc Bơm Suyễn 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:	Zip Code:

Toa Thuốc 5/ Prescription 5:		
Tên Thuốc/Medication Name:*		
Loại Thuốc/ Medication Category: [chọn một]* Thuốc Điều Trị Tiểu Đường Thuốc Bơm Suyễn 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:	Zip Code:

Toa Thuốc 6/ Prescription 6:		
Tên Thuốc/Medication Name:*		
Loại Thuốc/ Medication Category: [chọn một]* Thuốc Điều Trị Tiểu Đường Thuốc Bơm Suyễn 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:	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 phối ngẫu hoặc sống chung 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 – Tổng cộng tất cả các nguồn thu nhập *	
\$	
Chi Phí Chăm Sóc Sức Khỏe Trong Một Năm/ Annual Healthcare Expenses	
Tổng cộng chi phí chăm sóc sức khỏe phải trả tiền túi trong năm vừa qua – <i>bao gồm tiền phụ phí khám bệnh, mua thuốc, và tiền trả cho công ty bảo hiểm hàng tháng*</i>	
\$	



**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:

Gửi thư Đến lấy Cách khác _____ CD Phim Văn bản Cách khác _____

6

HÌNH THỨC:

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 BẢO VỆ ĐỜI TƯ/ NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN THÔNG CÁO/ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

Khi ký tên vào giấy này là quý vị xác nhận đã nhận bản **Thông Báo Bảo Vệ Đời Tư (Notice of Privacy Practices)**. **Thông Báo Bảo Vệ Đời Tư** giải thích cách thức chúng tôi xử dụng và tiết lộ thông tin y khoa hoặc thông tin bảo mật về sức khỏe (PHI) của quý vị. Xin đọc kỹ thông cáo này.

Bản **Thông Báo Bảo Vệ Đời Tư** có thể được sửa đổi. Nếu chúng tôi sửa đổi thông cáo thì chúng tôi sẽ niêm yết thông cáo mới tại các cơ sở. Quý vị có thể lấy một bản **Thông Báo Bảo Vệ Đời Tư** mới từ nhân viên Ghi Danh hoặc Phòng Nhận Bệnh khi quý vị đến cơ sở của chúng tôi để nhận dịch vụ hoặc điều trị bệnh.

Tôi, nơi đây, xác nhận tôi đã nhận bản **Thông Báo Bảo Vệ Đời Tư** của Hệ Thống Y Tế Hạt Santa Clara (CSCHS).

Ngày: _____

Ký tên _____

(bệnh nhân/cha/mẹ/giám hộ/bảo hộ)

Tên: _____

(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 điều kiện dựa trên điều mục được cung cấp trong đơn và quỹ còn có sẵn tiền thì bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân sẽ được cấp một khoản trợ cấp để hỗ trợ 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 hội đủ điều kiện của họ theo quy định.
3. Bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của họ hiểu rằng bất kỳ thông tin sai lệch được cung cấp trên đơn MedAssist có thể dẫn đến việc thu hồi khoản trợ cấp bất cứ lúc nào và hơn nữa có thể cấu thành 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 thấy bất kỳ thông tin nào không chính xác hoặc hành động gian lận nào liên quan đến đơn đăng ký của bệnh nhân mà 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 đại diện hợp pháp của họ.
5. Bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của họ cho phép SCVHHS lấy báo cáo tín dụng xem lịch sử thanh toán khoảng vay của họ và / hoặc xác minh bất kỳ thông tin nào được cung cấp trong đơn khi thấy cần thiết.
6. MedAssist vào bất cứ lúc nào có quyền, mà không cần phải thông báo cho bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của họ, sửa đổi hoặc ngừng tất cả hoặc bất kỳ phần thành nào của chương trình MedAssist và / hoặc trợ cấp.
7. Bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của họ không phải là được đảm bảo hoặc hứa hẹn hỗ trợ tài chính và bất kỳ hỗ trợ nào do MedAssist cung cấp đều được giới hạn theo các điều khoản và điều kiện do MedAssist quy định.
8. Bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của họ đồng ý báo cho MedAssist trong vòng 14 ngày theo lịch qua email (medassist@hhs.sccgov.org) hoặc gửi thư (777 Turner Dr, Suite 330 San Jose, CA 95128) về bất kỳ điều gì không còn phù hợp với bất kỳ điều khoản và điều kiện để tham gia chương trình nào hoặc bất kỳ thay đổi nào trong các thông tin sau:
 - a. Thông tin cá nhân: địa chỉ nhà, số điện thoại, địa chỉ e-mail, thông tin liên lạc
 - b. Thông tin hộ gia đình: có thêm con hoặc con nuôi, con chuyển vào ở hoặc chuyển ra khỏi nhà, ai trong gia đình chết, kết hôn, ly hôn, ly thân hợp pháp, người phối ngẫu có đăng ký
 - c. Tình trạng công việc: Thất nghiệp, thay đổi lương, nhận thêm việc làm, có việc làm hoặc thay đổi tiền lương của vợ / chồng
 - d. Thu nhập: Thay đổi về thu nhập, đầu tư hoặc thay đổi tài sản, nhận thừa kế hoặc lương hưu, mua hoặc bán tài sản
9. Nếu nộp đơn cho chính mình hoặc thay mặt cho người khác, quý vị và cá nhân mà quý vị đang nộp đơn phải cư trú tại Hạt Santa Clara. Quý vị phải thông báo bằng văn bản cho MedAssist trong vòng 14 ngày theo lịch qua email (medassist@hhs.sccgov.org) hoặc thư (777 Turner Dr, Suite 330 San Jose, CA 95128) về bất kỳ thay đổi nào về nơi cư trú.

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

Tôi xác nhận theo hình phạt khai man bằng chữ ký của tôi rằng những thông tin 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 theo pháp luật của
bệnh nhân (nếu ký thay cho người bệnh)

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

Mối quan hệ của người đại diện hợp pháp đ/v bệnh nhân

Ngày



NGÀY:

ĐẾN:

SỐ THAM KHẢO REFERENCE #:

TỪ: MedAssist Program

VỀ VIỆC: Quarterly MedAssist Attestation

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

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

1. Tôi đã được trợ cấp thông qua chương trình MedAssist và tôi biết rằng nếu tôi lấy thêm các toa thuốc đã được chấp thuận thường xuyên và đúng hạn VÀ tôi dùng thuốc đúng theo toa, tôi sẽ nhận được tiền trợ cấp mỗi tháng một lần.
2. Trong 90 ngày qua, tôi đã lấy các thuốc đã được chấp thuận thường xuyên và đúng hạn VÀ tôi dùng thuốc đúng theo toa.
3. Tôi xác nhận rằng tôi sẽ tiếp tục lấy các loại thuốc đã được chấp thuận thường xuyên và đúng hạn VÀ tôi sẽ tiếp tục dùng thuốc đúng theo toa trong 90 ngày tới.
4. Tôi sẽ thông báo cho chương trình MedAssist nội trong 1 (một) tuần nếu có bất kỳ sự không tuân theo các yêu cầu của chương trình và có bất kỳ sự thay đổi có thể ảnh hưởng đến việc tôi được chấp thuận để tham gia MedAssist, như thông tin về hộ khẩu, tình trạng việc làm, và/hoặc thu nhập.

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

Tên bệnh nhân/người đại diện bệnh nhân

Chữ ký bệnh nhân/người đại diện bệnh nhân

Liên hệ với bệnh nhân

Ngày



Bảng câu hỏi lâm sàng

Lúc nộp đơn ban đầu:

Quý vị có đến Phòng cấp cứu trong ba tháng vừa qua không vì không dùng (các) loại thuốc của mình ?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không	
Quý vị có quên dùng bất kỳ liều nào trong (các) loại thuốc của mình trong ba (3) tháng vừa qua không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Không ý kiến
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"/> Không ý kiến
Nếu quý vị bị tiểu đường, quý vị có cảm thấy bệnh tiểu đường của mình đã được kiểm chế tốt trong ba (3) tháng vừa qua không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Không ý kiến
Nếu quý vị bị dị ứng nghiêm trọng, quý vị có cảm thấy tự tin về việc 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"/> Không ý kiến