

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE SUSCRIPCION DEL PACIENTE PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP)

Gracias por su interés en aplicar a la Fundación Safety Net. La Fundación es una organización sin fines de lucro que ayuda a pacientes calificados a tener acceso a las medicinas de Amgen sin costo alguno.

COMO CALIFICAR

- **Residencia:** Debe ser residente de los Estados Unidos, Guam, Puerto Rico o en Las Islas Virgenes de Los Estados Unidos.
- **Ingresos Monetarios:** Los ingresos anuales de usted y su núcleo familiar no deben exceder las directrices de nuestro programa.
- **Seguro Médico :** Usted debe tener cobertura limitada o ninguna cobertura para medicina AMGEN.

COMO APLICAR

- **Paciente:** Complete la INFORMACION DEL PACIENTE (página 1 de la aplicación), luego firme y ponga la fecha en el Consentimiento del Paciente (página 2 de la aplicación).
- **Proveedor:** Complete el formulario PARA LA INFORMACION DEL PRODUCTO (página 3 de la aplicación) y de pedir un producto prospectivo por favor complete el Formulario de Prescripción del Producto (página 4 de la aplicación) incluyendo firma y fecha.
- **Proveedor:** Mande la aplicación terminada por FAX al **(866)549-7239**

PROXIMO PASO

Una vez que recibamos su aplicación, ambos usted y su médico serán notificados de su elegibilidad. Si tiene cualquier pregunta, sírvase llamar al (888)762-6436, de Lunes a Viernes, entre las 9:00am y las 9:00pm tiempo del este.

INFORMACION DEL PACIENTE		
Nombre del paciente: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Seguro Social: ____ - ____ - ____	U.S. Residente: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Dirección del Paciente _____		
Calle	Ciudad	Estado
		Código Postal
Teléfono: (____) ____ - ____		(____) ____ - ____
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo
Ingresos del núcleo familiar: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		\$ ____ . ____
Total Número of personas que viven juntos(incluyéndose usted):		
Está suscrito en Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solo Emergencia		
Está suscrito en Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si está, Medicare ID #
Está suscrito en Medicare Part D? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pendiente
Tiene seguro comercial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si lo tiene continúe abajo:
SEGURO PRIMARIO	Seguro:	Teléfono #: (____) ____ - ____
	Nombre del suscriptor:	Relación con Paciente:
	Número de Póliza:	Número de grupo:
SEGURO SECUNDARIO	Seguro:	Teléfono#: (____) ____ - ____
	Nombre del suscriptor:	Relación con Paciente:
	Número de Póliza:	Número de grupo:
SEGURO DE FARMACIA	Seguro:	Teléfono #: (____) ____ - ____
	Nombre del suscriptor:	Relación con Paciente:
	Número de Póliza:	Número de grupo:
Es usted elegible para otro programa caritativo federal local o estatal (VA/DOD)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si lo es continúe abajo:
OTRO	Nombre del programa:	Número de Póliza:
	Fecha efectiva: ____/____/____	Teléfono #: (____) ____ - ____

CERTIFICACION DEL PACIENTE Y AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION

La Fundación Safety Net (“La Fundación”) es un programa de asistencia al paciente sin fines de lucro que está apoyada por AMGEN y provee productos Amgen sin costo alguno a pacientes que califican.

Yo autorizo a la Fundación, Amgen, a todos sus agentes, y contratistas de tercer partidos de sus servicios autorizados a administrar la Fundación a:

- Usar la información que he proveído en la aplicación para la Fundación para determinar mi elegibilidad y asistir en mi continua participación en la Fundación.
- Usar mi número de seguro social para acceder mi información de crédito, así como información derivada de fuentes públicas y otras fuentes para estimar mis ingresos monetarios en conjunción con el proceso para determinar mi elegibilidad.
- Contactarme para recibir información sobre los servicios de la Fundación.

Para éstos propósitos también autorizo a que se comparta información acerca de mi condición médica, tratamiento y cobertura de seguro médico entre mi médico, profesionales de la salud, planes de salud, personal que provee cuidado, miembros de la familia y la Fundación, Amgen, y sus agentes, y contratistas de tercer partidos o a sus proveedores de servicios autorizados a administrar la Fundación.

Yo certifico que:

- La información que he proveído en el formulario de aplicación de la Fundación está completa y correcta.
- No voy a pedir reembolso de ninguna compañía de seguros o programas gubernamentales de beneficios para la salud por productos AMGEN que yo reciba de la Fundación.
- Notificaré a la Fundación dentro de treinta (30) días si mi cobertura de seguro médico o mi estatus financiero cambian.
- No venderé, cambiaré o distribuiré productos AMGEN que se me haya dado a través de la Fundación.

Yo entiendo que:

- Completar la aplicación para la Fundación no es una garantía de elegibilidad para la Fundación
- La Fundación puede descontinuar el programa en cualquier momento sin aviso.
- Yo me puedo rehusar a firmar este formulario pero si me rehúso a firmar o revoco la autorización, no podré recibir asistencia de la Fundación.
- Mi proveedor de servicios médicos o mis proveedores de seguro no condicionarán mi tratamiento médico o mis beneficios de seguro basados en mi acuerdo a firmar este formulario.
- Una vez que provea la información en la aplicación a la Fundación, Amgen, los agentes, y contratistas de terceros partidos o proveedores de servicios autorizados que trabajan para ellos en relación a esta autorización las leyes federales de privacidad pudieran no prevenir una futura revelación de esta información.
- Yo puedo recibir una copia de este formulario o revocarla en cualquier momento llamando al 1-800-762--6436.
- Esta autorización caducará un (1) año después de la fecha en que se firme o un (1) año después de la última fecha en que reciba un producto de la Fundación, cualquiera sea que ocurra más tarde.

--	--	--

**Firma del Paciente
o representante legal**

**Escriba Nombre del paciente
o representante legal**

Fecha firmado

La Fundación Safety Net se reserva el derecho de modificar o descontinuar este programa con respecto a cualquier paciente, o en su totalidad, en cualquier momento. La Fundación Safety Net, también se reserva el derecho de hacer una determinación independiente de necesidad financiera.

PRODUCT INFORMATION

<input type="checkbox"/> Aranesp® (darbepoetin alfa)	Therapeutic Area: <input type="checkbox"/> Nephrology <input type="checkbox"/> Oncology
<input type="checkbox"/> EPOGEN® (epoetin alfa)	Is patient currently on dialysis? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No First date of dialysis: / /
<input type="checkbox"/> Neulasta® (pegfilgrastim)	
<input type="checkbox"/> NEUPOGEN® (Filgrastim)	
<input type="checkbox"/> Nplate® (romiplostim)	
<input type="checkbox"/> Prolia® (denosumab) Injection	Therapeutic Area: <input type="checkbox"/> Bone Health <input type="checkbox"/> Oncology
<input type="checkbox"/> Sensipar® (cinacalcet) Tablets	
<input type="checkbox"/> Vectibix® (panitumumab) Injection	
<input type="checkbox"/> XGEVA® (denosumab)	

PHYSICIAN, FACILITY & SHIPPING INFORMATION

Physician	First Name:	Last Name:		
	Phone #: () -	Fax #: () -		
Facility Mailing Address	Facility Name:			
	Contact Person First Name:	Contact Person Last Name:		
	Phone #: () -	Fax #: () -		
	Street Address: <small>_____ Street (PO BOX not accepted) _____ City _____ State _____ Zip</small>			
Is the Facility "Ship To" address the same as the Facility mailing address? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>If No, please provide correct shipping address below:</i>				
Facility Shipping Address	Ship To Facility Name:			
	Contact Person First Name:	Contact Person Last Name:		
	Phone #: () -	Fax #: () -		
	Street Address: <small>_____ Street (PO BOX not accepted) _____ City _____ State _____ Zip</small>			

PRODUCT PRESCRIPTION FORM

Use this form for Prospective products only (Sensipar® (cinacalcet) and Prolia® (denosumab) Injection for Bone Health use)

NOTE: Use the Product Replacement Order Form for Replacement products (Aranesp®, EPOGEN® for dialysis use, Neulasta®, NEUPOGEN®, Nplate®, Prolia® for bone health or CTIBL use, Vectibix®, and XGEVA®)

Patient	Patient Name: _____ / _____ <small>LAST FIRST</small>		Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth: / /	
	First Name:		Last Name:		State License #:
Physician	Phone #: () -		Fax #: () -		
	Street Address: _____ / _____ / _____ / _____ <small>Street (PO BOX not accepted) City State Zip</small>				
	Facility/Practice Name:			Facility/Practice Contact Name: (other than physician)	
PRESCRIPTION (Prospective Products Only)	MEDICATION		DOSE		DIRECTIONS
	Prolia® (denosumab) Injection for Bone Health		<input type="checkbox"/> 60 mg Pre-filled syringe <input type="checkbox"/> _____		
	Sensipar® (cinacalcet) Tablets <input type="checkbox"/> Ship to patient <input type="checkbox"/> Ship to office		<input type="checkbox"/> 30 mg <input type="checkbox"/> 60 mg <input type="checkbox"/> 90 mg <input type="checkbox"/> _____		2 month supply
	SHIPMENT INSTRUCTIONS: Prolia® is shipped directly to the provider. Sensipar® may be shipped directly to the patient if indicated above.				
				QUANTITY	REFILLS
					<input type="checkbox"/> 1 year or <input type="checkbox"/> x _____
					<input type="checkbox"/> 1 year or <input type="checkbox"/> x _____

I have prescribed the product indicated above for the referenced patient. My patient gave consent for me to provide this information. I understand that no third party or patient should be billed or charged for the product provided by this program. I understand that no free product should be sold, traded, or distributed for sale.

Physician's Original Signature (stamps not accepted)

Date Signed

Completion of this form is independent of the application process and does not guarantee enrollment in The Safety Net Foundation. The Safety Net Foundation must review the complete application to determine the patient's eligibility.

➤ FAX this completed product prescription form to **(866) 549-7239**