

INSTITUTIONAL PATIENT ASSISTANCE PROGRAM (IPAP) ENROLLMENT FORM INSTRUCTIONS

- Provider: Complete the PATIENT INFORMATION section and have the patient sign/date the Patient Consent section
- Provider: Complete the PRODUCT INFORMATION and PHYSICIAN & FACILITY INFORMATION (page 2 of enrollment form)
- Provider: FAX the completed enrollment form to **(866) 549-7239**

NEXT STEP

Once we receive the enrollment form, you will be notified of the enrollment.

For any questions, please call (888) 762-6436, Monday through Friday, 9am to 9pm Eastern Time.

IPAP APLICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Apellido		Nombre		Inicial	
Fecha de Nacimiento: / /			Seguro Social: - -		
Dirección del Paciente:					
_____		_____		_____	
Calle		Ciudad		Estado	
_____		_____		_____	
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		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo	

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

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 discontinuar 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 discontinuar 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.

