



Society of

St. Vincent de Paul

NORTH TEXAS

Qualification for Service at St. Vincent de Paul Pharmacy

5750 Pineland Dr #280,

Dallas, TX 75231

Hours: Monday – Friday, 9 am – 2 pm

St. Vincent de Paul Pharmacy provides medications at no cost to our neighbors in need who reside in the area served by St. Vincent de Paul of North Texas. We help those in need, regardless of race, creed, ethnic or social background, health, gender or political affiliation. Below are the criteria to qualify for service at the pharmacy.

Clients MUST meet ALL four criteria to qualify for service:

- I do not have health insurance coverage.
- My total household income is less than 200% of the Federal Poverty Level (See Self-Declaration of Income).
- I have a valid prescription from a doctor.
- I reside in one of the following counties (circle one):

Collin	Dallas	Ellis
Fannin	Grayson	Hunt
Kaufman	Navarro	Rockwall

DOCUMENTATION NEEDED

The following documentation is needed for service at the pharmacy:

1. A valid prescription from a doctor (can be an original or transferred from another pharmacy)
2. **A Photo ID**
3. Proof of residence: current utility bill or photo ID with current address
4. Verification of your household's income. This can include one (1) of the following:
 - Two (2) most recent paychecks or a pay stubs; AND/OR
 - Bank statement showing paycheck deposits; AND/OR
 - Statement of unemployment benefits; AND/OR
 - Statement of child support and/or alimony; AND/OR
 - Social Security, SSD or SSI letter or statement; AND/OR
 - Statement of Food Stamp Benefits from; AND/OR
 - Latest tax return.

If you have no income, please bring:

- A letter from a case manager of the social service or health agency that referred you, on agency letterhead, stating that you have no income; OR
- Notarized letter from anyone who helps pay your bills, stating that you currently have no income.

Please bring these documents along with the completed intake form with you to the pharmacy. IF you are unable submit your application in person, please fill out the box on the second page of the Client Information Form, and call the pharmacy at 469-232-9902.



Society of

St. Vincent de Paul
NORTH TEXAS

Requisitos para recibir servicio en St Vincent de Paul Pharmacy

5750 Pineland Dr. #280,

Dallas, TX 75231

Horas de Operación: Lunes – Viernes, 9 am – 2 pm

St Vincent de Paul Pharmacy (Farmacia) proporciona medicamentos sin costo alguno a nuestros vecinos en necesidad que viven en áreas de servicio de la St. Vincent de Paul of North Texas (Sociedad de San Vicente de Paul del Norte de Texas). Ayudamos a quienes lo necesitan, independientemente de su raza, credo, origen étnico o social, salud, sexo o afiliación política. A continuación se detalla lo que necesitara para calificar para el servicio en la farmacia.

Para calificar TODOS estos cuatro criterios le deben aplicar:

- No tener seguro medico
- El ingreso total de su hogar debe ser menos del 200% del nivel federal de pobreza (ver Auto-Declaración de Ingresos).
- Tener una receta médica valida
- Vivir dentro de uno de los siguientes condados (circule el indicado):

Collin	Dallas	Ellis
Fannin	Grayson	Hunt
Kaufman	Navarro	Rockwall

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

A continuación se detalla la documentación necesaria para recibir servicio en la farmacia:

1. Una receta médica valida (puede ser la original o una trasladada desde otra farmacia)
2. **Una identificación con foto**
3. Prueba de domicilio: una factura de servicios públicos o una identificación con foto y domicilio actual
4. Verificación de los ingresos de su hogar. Esto puede incluir uno (1) de los siguientes:
 - Dos (2) de sus cheques de pago más recientes o un recibo de sueldo; Y/O
 - Un estado de cuenta bancario que muestra los depósitos de nómina; Y/O
 - Carta de declaración de beneficios de desempleo; Y/O
 - Carta de declaración de manutención de los hijos y / o pensión alimenticia; Y/O
 - Carta o declaración de Seguridad Social, SSD o SSI; Y/O
 - Carta de declaración de Beneficios de Estampillas de Alimentos; Y/O
 - Última declaración de impuestos.

Si no tiene usted ingresos, por favor de traer:

- Una carta de un administrador de casos de servicio social o de la agencia de salud quien lo refirió a nosotros, en membrete de la agencia, explicando que no tiene ingresos; O
- Una carta notariada de cualquier persona que ayuda a pagar sus cuentas, indicando que actualmente no tiene ingresos.
-

Por favor traiga estos documentos junto con el formulario de admisión ya llenado con usted a la farmacia. Si no puede presentar su solicitud en persona, asegúrese de llenar el cuadro en la segunda página del Formulario de Información del Cliente y llame a la farmacia al 469-232-9902.

Self-Declaration of Income

Autodeclaración de Ingresos

Please fill out the top portion if you have income which you cannot verify through paystubs, checks or other documentation. Fill out the bottom if you have no employment or other income.

Por favor llene la sección de arriba de la línea negra de esta forma si tiene ingresos que no puede verificar a través de recibos de sueldo, cheques u otra documentación. Llene la sección abajo de la línea negra si no tiene empleo ni otros ingresos.

If you have income:

I, _____, declare that I have been working and receiving payment in cash in the amount of \$ _____ per _____ (day, week, two weeks, or month). I have no check stubs or other documentation to prove my earnings.

Yo, _____, declaro que he estado trabajando y recibiendo el pago en efectivo en la cantidad de \$ _____ cada _____ (día, semana, dos semanas, o mes). No tengo talones de cheques u otra documentación para demostrar mis ganancias.

Patient's Signature _____ Date _____
(Or Signature of legal guardian) *Firma del paciente (o Firma del guardián legal)* *Fecha*

If you have no income:

I, _____, declare that I have no employment and do not have income of any kind.

Yo, _____, declaro que no tengo empleo y no tengo ingresos de ningún tipo.

Patient's Signature _____ Date _____
(Or Signature of legal guardian) *Firma del paciente (o Firma del guardián legal)* *Fecha*

SCREENER OR OFFICE STAFF ONLY

I witness that this patient has no documentation for proof of income:

Signature of Witness

Date

St. Vincent de Paul Pharmacy

Date/Fecha _____

CLIENT INFORMATION – Información del Cliente

Last Name _____ First Name _____ Initial _____
Apellido Nombre Inicial

Address _____
Dirección Street #/ número de la casa Street name / nombre de la calle Unit # / apartamento City / ciudad County/ State / Estado Zip

Cell Phone _____ Home Phone _____
Teléfono celular Teléfono de casa

Social Security # _____ Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Gender Male Female
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Género Masculino Femenino

Race/Ethnicity African American Asian Hispanic Native American White Other _____
Raza / Etnicidad Afroamericano Asiático Hispano Nativo americano Caucásico Otro

Primary Language _____ Interpreter Needed? Yes No Highest grade completed _____
Idioma Principal ¿Necesita interprete? Si No Último nivel de escolaridad

Marital Status Single Married Separated Divorced Widowed # of people living in your household _____
Estado Civil Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Número de personas que habitan con usted

Employment Full Time Part Time Temp Unemployed Retired Disabled Student Other _____
Empleo Tiempo Completo Medio Tiempo Temporal Desempleado Jubilado Discapacitado Estudiante Otro

Health Insurance Medicare Medicaid VA Benefits Parkland Financial Assistance Other None
Seguro Médico Beneficios a Veteranos Asistencia Financiera de Parkland Otro Ninguno

Are you a Veteran? Yes No Is your spouse a veteran? Yes No
¿Eres usted un Veterano? Si No ¿Es su conyuge un veterano? Si No

Do you have a Case Manager? Yes No If yes, Name and Organization _____
¿Tienes un administrador de casos? Si No En caso afirmativo, Nombre y Organización

SPOUSE INFORMATION (if applicable) – Información del cónyuge (si aplica)

Last Name _____ First Name _____ Initial _____
Apellido Nombre Inicial

Social Security # _____ Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Gender Male Female
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Género Masculino Femenino

Employment Full Time Part Time Temp Unemployed Retired Disabled Student Other _____
Empleo Tiempo Completo Medio Tiempo Temporal Desempleado Jubilado Discapacitado Estudiante Otro

OTHER HOUSEHOLD MEMBERS - Otros miembros del hogar (si aplica)

Name <i>Nombre Completo</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Relationship <i>Relación</i>	Grade Level <i>Nivel de escolaridad</i>	Gender <i>Género</i>	Veteran <i>¿Veterano</i>
1) _____	_____	_____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____	_____	_____
4) _____	_____	_____	_____	_____	_____
5) _____	_____	_____	_____	_____	_____

(Please continue on other side/ termina en el otro lado)

This information is not required for service by the pharmacy, but may be required to secure prescription medications that are not available at the pharmacy from patient assistance programs of various pharmaceutical companies:

U.S. Citizen Yes No

U.S. Resident Yes No

(Note: A "U.S. Resident" is a non-U.S. Citizen who is authorized to reside in the United States. Example – A "Green Card" Holder)

La siguiente informacion no es requerida para recibir servicio de la farmacia, sin embargo, puede ser requerida por los programas de asistencia a pacientes de las distintas casas farmaceuticas, para obtener los medicamentos bajo receta que no esten disponibles en la farmacia:

U.S. Citizen Yes No

Ciudadano de USA Si No

U.S. Resident Yes No

Residente de USA Si No

(Nota: "Ciudadano de USA" es un ciudadano de otro país autorizado a residir en Los Estados Unidos de América. Por ejemplo, una persona que posee Green-Card).

AGENT AUTHORIZATION FOR TRANSPORT OF DOCUMENTS

I authorize the person listed below to transport this information to SVdP Pharmacy for the purpose of submitting my application for service. I understand that this person does not work for SVdP Pharmacy and is completing this task on a volunteer basis. This person may transport my documents to the pharmacy, but will not be involved in the process of qualifying me for service.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRANSPORTE DE DOCUMENTOS

Yo autorizo a la persona mencionado a continuación para que transmita esta información a la farmacia SVdP Pharmacy con el fin de enviar mi solicitud de servicio. Entiendo que esta persona no trabaja para SVdP Pharmacy y que está cumpliendo esta tarea de forma voluntaria. Esta persona puede transportar mis documentos a la farmacia, pero que no participará en el proceso de calificarme para el servicio.

Agent Name _____
Nombre de Agente

Agent Signature _____ **Date** _____
Firma de Agente *Fecha*

Consent to Treatment by Volunteers

Consentimiento a Recibir Tratamiento por Voluntarios

I understand that services I receive from St. Vincent de Paul Pharmacy may be provided by a volunteer who is providing care that is not administered for or in expectation of compensation.

I further understand that Texas Law imposes limits on the recovery of damages from such a volunteer in exchange for receiving health care services. Those limitations include immunity from civil liability for any act or omission resulting in death or injury to a patient if:

- 1) The volunteer was acting in good faith and in the course and scope of the volunteer's duties or functions within the organization.
- 2) The volunteer commits the act or omission in the course of providing health care services to the patient.

I acknowledge that the health care providers, as volunteers, are providing me with care that is not administered for expectation of compensation, and in exchange for receiving the health care services, recovery of damages is limited.

Entiendo que los servicios recibidos por St. Vincent de Paul Pharmacy podrán ser prestados por un voluntario que esté prestando atenciones que no sean proveídas por o en espera de recibir compensación.

Entiendo, además, que la Ley de Texas impone límites en la recuperación por daños de cualquier voluntario a cambio de recibir servicios de salud. Dichas limitaciones incluyen inmunidad a responsabilidad civil por cualquier acto u omisión que resultare en muerte o daño a un paciente si:

- 1) El voluntario estaba actuando en buena fe en el curso y durante el alcance de sus responsabilidades y funciones en la organización.
- 2) El voluntario comete un acto u omisión mientras se encontraba prestando servicios de salud al paciente.

Reconozco que los proveedores de servicios de salud, en calidad de voluntarios, están brindándome servicios de salud que no son prestados a cambio de la expectativa de recibir remuneración, y a cambio de recibir los servicios de salud, la recuperación por daños queda limitada.

() Myself – *Yo Mismo*

() The following person for whom I am legally responsible: _____
La persona detallada a continuación, por quien soy legalmente responsable

Patient's Name Print _____ Date _____
Nombre del paciente imprimir Fecha

Patient's Signature _____ Date _____
(Or Signature of legal guardian) *Firma del paciente (o Firma del guardián legal) Fecha*

Witness' Signature _____ Date _____
Firma del examinador Fecha

Terms of Service

My initials indicate that I have read, understand and agree to each statement.

_____ **Terms of Qualification for Service**

I acknowledge that the terms concerning qualification for service at St. Vincent de Paul Pharmacy have been explained to me and I understand them. I also understand that I have been certified for up to twelve (12) months, and I understand that re-verification of qualification for service at the Pharmacy is needed to continue receiving medications beyond that date.

_____ **Change of Information Agreement**

I attest to the above information as true to the best of my knowledge, and will report any change of my address, my insurance status or income to SVdP Pharmacy immediately. I understand that any of these changes may affect my qualification for service at the pharmacy.

_____ **Consent and Release**

I understand that any information I provide to SVdP Pharmacy will be kept confidential. However, I hereby authorize SVdP Pharmacy to share my information, including but not limited to my name, address and other personal information with other medical facilities and/or pharmaceutical manufacturers participating in my care in order to coordinate services. I also authorize SVdP Pharmacy to share my information, including eligibility and prescription records, with any Pharmaceutical Manufacturers Patient Assistance Program(s), or their designee, for which I qualify, for auditing purposes. I understand that this consent is authorized for twelve (12) months from the date signed below, and that I may revoke this consent at any time by submitting a request in writing to SVdP Pharmacy, except when action has already been taken to obtain and/or release such information.

_____ **Permission to Release Information for Patient Assistance Program Qualification**

I also authorize St. Vincent de Paul Pharmacy to use my information, including prescription records, to assist me in finding any Patient Assistance Program(s) for which I qualify, in order to assist me in accessing these programs, and to coordinate services.

By my signature, I indicate that I agree overall to the terms and conditions of service at St. Vincent de Paul Pharmacy. If the patient is a child under the age of 18, I sign as their legal guardian.

Patient's Name Print _____ **Date** _____

Patient's Signature _____ **Date** _____

Guardian's Signature _____ **Date** _____
(if patient is under the age of 18)

Términos de Servicio

Mis iniciales indican que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con cada afirmación.

_____ **Términos para calificar para el servicio**

Reconozco que los términos relativos a calificar para recibir servicio en St. Vincent de Paul Pharmacy se me han sido explicados y los entiendo. También entiendo que he sido certificado para un periodo de doce (12) meses, y entiendo que se necesitara volver a verificar si califico para recibir servicio en la Farmacia después de esa fecha si gusto seguir recibiendo medicamentos.

_____ **Acuerdo de Cambio de Información**

Atestigo que la información que presente es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y inmediatamente informaré a SVdP Pharmacy de cualquier cambio de dirección, cambio de estado de mi seguro, o nuevo ingreso financiero que reciba. Entiendo que cualquiera de estos cambios puede afectar si sigo calificando para el servicio en la farmacia o no.

_____ **Consentimiento y Descargo de Responsabilidad**

Entiendo que cualquier información que proporcione a SVdP Pharmacy se mantendrá confidencial. Sin embargo, autorizo a SVdP Pharmacy el poder de compartir mi información, que incluye pero no se limita a mi nombre, dirección y otra información personal, con otras instalaciones médicas y / o fabricantes de productos farmacéuticos que participan en mi cuidado para coordinar mis servicios. También autorizo a SVdP Pharmacy para que comparta mi información, incluyendo los registros de elegibilidad y prescripción, con cualquier Pharmaceutical Manufacturers Patient Assistance Program(s), o la persona designada por ellos, para cual califico, con fines de auditoría. Entiendo que este consentimiento está autorizado para un periodo de doce (12) meses a partir de la fecha en que se firma esta pagina, y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a SVdP Pharmacy, excepto cuando ya se hayan tomado medidas para obtener y / o liberar tal información.

_____ **Permiso para Divulgar Información para ver si Califico para Programas de Asistencia al Paciente**

También autorizo a que St. Vincent de Paul Pharmacy use mi información, incluyendo los registros de recetas, para ayudarme a encontrar cualquier Programa de Asistencia al Paciente a cual califique, a fin de ayudarme a acceder a estos programas y para coordinar mis servicios.

Con mi firma, indico que estoy de acuerdo en general con los términos y condiciones de servicio en la farmacia St. Vincent de Paul Pharmacy. Si el paciente es menor de 18 años, firmo como su guardian legal.

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Guardian _____ Fecha _____
(si el paciente es menor de 18 años de edad)