



Solicitud de inscripción de clientes

Bienvenido a Good Days, una organización sin fines de lucro cuyos programas de asistencia financiera brindan a miles de personas diagnosticadas con enfermedades que alteran la vida la oportunidad de obtener los medicamentos que necesitan para ayudar a mejorar su calidad de vida.

Para que podamos comenzar el proceso de calificarlo para recibir asistencia financiera, complete la solicitud adjunta y devuélvala a Good Days, junto con copias de su(s) tarjeta(s) de seguro. Las solicitudes completas se pueden recibir por correo o fax.

Una vez se reciba su solicitud completa, Good Days determinará si es elegible para recibir asistencia financiera según las pautas de nuestro programa y sujeto a la disponibilidad de fondos. Para verificar el tamaño y los ingresos del hogar, Good Days realizará una consulta superficial con un proveedor externo para determinar la elegibilidad. Esta consulta solo la puede ver usted (el cliente) en su historial crediticio y no afectará su puntaje crediticio. Le informaremos a usted y/o a su proveedor de medicamentos sobre el resultado final.

Si califica y si hay fondos disponibles, le proporcionaremos asistencia financiera durante el resto del año calendario. También le proporcionaremos un nombre de usuario y una contraseña para que pueda acceder libremente a nuestro portal de gestión de terapias en <https://patientsandpros.MyGoodDays.org>

Comprenda que todas las aprobaciones se basan en la disponibilidad de fondos y se aprueban en orden de llegada. **Recibir una solicitud no garantiza los fondos.**

Llámenos sin cargo al (877) 968-7233 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar los siguientes formularios de inscripción.

Atentamente,

Good Days,

Una organización sin fines de lucro

2611 Internet Blvd, Suite 105, Frisco, TX 75034
877-968-7233 • Fax 214-570-3621 • www.mygooddays.org

Privado y confidencial una vez se complete

Página 1 de 4



Documentación requerida y opciones de envío

Documentación requerida

1. Se deben firmar con fecha las páginas 3 a 4, según corresponda, junto con copias de la documentación de ingresos del hogar.
2. Una copia del anverso y reverso de las tarjetas de seguro del cliente
3. Verificación de ingresos: Good Days y sus agentes externos autorizados utilizarán su información demográfica, incluida, entre otros, el número de seguro social, la fecha de nacimiento, el nombre y/o la dirección, según sea necesario, para acceder a su información crediticia e información derivada de fuentes públicas y de otro tipo para estimar sus ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad. Como se trata de un estudio de crédito superficial, su puntuación de crédito no se verá afectada. Good Days, y sus agentes terceros autorizados, se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento.

Opciones de envío

1. FAX: (214) 570-3621
2. CORREO: Good Days
Attn: Enrollment
2611 Internet Blvd, Suite 105
Frisco, TX 75034



Revise la información de la inscripción a continuación. Complete el formulario con la información que falta. Haga las correcciones necesarias y escriba los cambios al lado de la información proporcionada.

Fecha:	¿Cuánto puede pagar por este medicamento? <i>Usted puede ser responsable de cualquier saldo restante que Good Days no cubra.</i>
Número de Seguridad Social:	

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:
Contacto alternativo:	Relación:
Dirección de correo:	Teléfono de la casa:
	Teléfono celular:
	Teléfono del trabajo:
	Ext.:

Dirección de correo electrónico:

INFORMACIÓN DE INGRESOS

Ingresos anuales del hogar:	Número de personas en el hogar:
-----------------------------	---------------------------------

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del médico:	Teléfono del médico:
Dirección de la oficina: <i>(si se conoce)</i>	NPI del médico:

INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO

Diagnóstico:	
Medicamento:	
Farmacia:	Dirección o teléfono de la farmacia: <i>(si se conoce)</i>

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL

Nombre del seguro:		
Número de identificación:	Número de grupo:	Teléfono:

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE MEDICAMENTOS

Nombre del seguro:	Número de identificación:	
BIN:	PCN:	Teléfono:

¿Es este un plan de seguro financiado por Medicare, el gobierno federal o estatal?

Sí **No** *(encierre en un círculo la respuesta)*

*****ESTA PÁGINA DEBE DEVOLVERSE*****



*Diagnósticos de cáncer metastásico únicamente

Para clientes en un fondo de cáncer metastásico: Good Days cubrirá todos los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (la "FDA") que tratan el tipo de cáncer que es la base del fondo de la enfermedad en el que ha sido aceptado. Por ejemplo, si tiene cáncer de mama metastásico, Good Days cubrirá todos los medicamentos aprobados por la FDA para tratar el cáncer de mama, no solo aquellos medicamentos que la FDA haya aprobado expresamente para la etapa metastásica del cáncer de mama.

Declaración

Usted declara y certifica ante Good Days y sus agentes que la información proporcionada en su solicitud es completa y precisa. Usted autoriza a Good Days a realizar una verificación de ingresos estimados utilizando su número de seguro social, fecha de nacimiento, nombre y dirección para estimar sus ingresos. Good Days puede solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento.

Si se descubre información inexacta o actividad fraudulenta relacionada con la asistencia que se le brindó, se podría intentar su recuperación. Usted entiende que es libre en cualquier momento de cambiar de proveedores, profesionales o tratamientos dentro del formulario de Good Days para su diagnóstico, sin afectar su elegibilidad continua para recibir asistencia.

La asistencia no está garantizada. Good Days se reserva el derecho de modificar los criterios de elegibilidad o modificar o interrumpir la asistencia en cualquier momento.

Límite de responsabilidad civil:

Usted acepta que Good Days, nuestros patrocinadores y nuestros donantes no serán responsables de ningún daño de ningún tipo, sin limitación, que surja o en relación con la asistencia financiera, ayuda de copago u otros beneficios de valor agregado o servicios prestados que usted reciba como parte de este programa.

Atestación del cliente:

Al firmar a continuación, acepta que ha leído, comprende y acepta adherirse a las declaraciones anteriores.

Firma del individuo o representante del individuo

Fecha

Escriba el nombre del representante del individuo: (si corresponde)

Relación autorizada o autoridad para actuar (si corresponde)

*****ESTA PÁGINA DEBE DEVOLVERSE*****