

**Authorization and Release Form for Patient Assistance Program (ENGLISH Version)**

I hereby grant Hillsborough County Health Care Plan (“HCHCP”) and its contractor, Pharmacy Administrative Solutions, Inc., (or its successor), to serve as my personal representative (“Advocate”) for the express purpose of receiving and transferring to me any patient assistance program (PAP) medication(s). The authorized Advocate may communicate with drug companies on my behalf and provide my signature(s) on application forms related solely to the specific medication(s) prescribed by my HCHCP provider(s). I authorize the Advocate to disclose my medical and financial information to drug companies for PAP applications and renewal purposes only.

I understand that it will be solely the determination of the drug companies as to whether or not I will receive medications from their patient assistance program. If I am unable to receive my drugs through a PAP, I may still be able to obtain certain drugs through the HCHCP.

I hereby hold Hillsborough County harmless from disclosure of information to the contracted Advocate or any further disclosures made by the Advocate. I further hold Hillsborough County and its Advocate harmless from anything related or pertaining to my participation in a drug companies PAP. This authorization shall be valid for a period not to exceed 5 years from the date signed unless revoked in writing.

I stipulate that a copy of this signed Authorization and Release Form is as authentic as the original.

---

**Autorización y solicitud de relevo para el Programa de Asistencia al Paciente**

Por medio de la presente, le concede al Plan de Salud del Condado de Hillsborough County Health y a su entidad contratada Pharmacy Administrative Solutions, Inc., (o su sucesor), a servir como mi representante personal (“Advocate”) con el único propósito de recibir y transferir para envío cualesquiera medicamentos del Plan de Asistencia al Paciente (PAP). El representante autorizado podrá comunicarse con las empresas farmacéuticas de mi parte y firmar a mi nombre documentación relacionada únicamente con los medicamentos recetados por el proveedor o proveedores del Plan de Salud del Condado (HCHCP). Autorizo a mi representante que solamente provea cualquier información médica o financiera a las empresas farmacéuticas para las solicitudes del Plan de Asistencia al paciente y de renovación de los mismos.

Entiendo que la decisión de recibir o no los medicamentos recaen solamente en las empresas farmacéuticas de acuerdo con su Plan de Asistencia al Paciente. Si no puedo recibir medicamentos a través del Plan de Asistencia al Paciente, aún podré recibir ciertos medicamentos a través del Plan de Salud del Condado de Hillsborough (HCHCP).

Relevo de toda responsabilidad al Condado de Hillsborough por cualquier información divulgada por el representante personal contratado, ahora y en futuro. También relevo de toda responsabilidad al Condado de Hillsborough y al representante personal por cualquier asunto relacionado con mi participación en los Programas de Asistencia al Paciente de las compañías farmacéuticas. Esta autorización será válida por un periodo de tiempo que no excederá 5 años a partir de la fecha de su firma a menos que se cancele por escrito.

Entiendo que una copia firmada de esta autorización es tan válida como el original.

---

**APPLICANT MUST SIGN BELOW/ SOLICITANTE DEBA FIRMAR ABAJO**

Signature/Firma		SSN/Numero de Seguro Social	
Print Name/Nombre letra de molde		DOB/Fecha de nacimiento	
Date/Fecha de la firma	Phone/Teléfono		
Your Address/Su dirección:			
Street	City	State	Zip
Are you Employed Currently? / Es Empleado (Circle one)      Yes    or    No			
Number of People in Household/ Número de personas en su casa	Estimated Household Monthly Income      \$ Los Ingresos estimados de la casa cada mes		

**Pharmacy Use Only:**

Pharmacy:	Contact Name:
Pharmacy Phone #:	Pharmacy Fax #:

**\*\*\*\*\*FAX this form and the prescription to PAS at 813-935-7644\*\*\*\*\***