



Health Care Services Department

Authorization and Release Form for Patient Assistance Program

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, aun podre 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 exceda 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 AND DATE BELOW / SOLICITANTE DEBE FIRMAR Y FECHA DE ABAJO

Signature/Firma

Date Signed/Fecha de la firma

Printed Name /Nombre letra de molde

Last 4 digits of SSN/Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social

Client ID/Cliente ID



**Hillsborough
County Florida**

Departamento de Servicios de Salud

Forma de Reconocimiento y Acuerdo para el Solicitante/Recipiente

Aviso de Practicas de Privacidad: He leído o he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad del Condado de Hillsborough. Entiendo que el Condado debe pedir mi consentimiento si va a utilizar mi información medica personal de manera diferente a lo que esta escrito en el Aviso.

Acepto este aviso en nombre de:

_____ Mio (yo)

u _____ Otra persona como representante

(padres, guardian, miembro de familia, etc.)

_____ Anade el nombre de la persona por la cual estas firmando

Programa de Asistencia para el Paciente: Entiendo que al solicitar el Plan de Salud del Condado de Hillsborough, estoy de acuerdo que a petición del personal o representante del Condado de Hillsborough, voy a completar los documentos necesarios para solicitar medicamentos a fabricantes que tengan programas de asistencia que puedan proveer los mismos gratis o a bajo costa. Entiendo que sino solicito estos programas el Condado de Hillsborough no esta bajo obligación de pagar por las medicinas ya sean de marcas registradas o genericas.

Falsificación de Informacion: Entiendo que si yo doy información falsa a sabiendas al Departamento de Salud para obtener beneficios del Plan de Salud u otro tipo de asistencia publica, mis beneficios pueden ser cancelados y podria ser procesado bajo la ley que aplica en estos casos.

Revelacion de Numero de Seguro Social: Conforme a la Seccion 119.07 (5) de los Estatutos de la Florida (Ley de Registros Publicos) este documento del Departamento de servicios de Salud del Condado de Hillsborough servira para informarle que su numero de seguro social es solicitado por el Departamento para verificar información usada para determinar o verificar elegibilidad para el Plan de Salud del Condado de Hillsborough, verificar otros beneficios publicos, verificar su identidad, verificar su empleo actual o anterior, verificar reportes criminales, verificar la cantidad de su ingreso, verificar sus bienes y para que La Oficina del Tribunal de la Corte pueda procesar los pagos del Plan de Salud y otros beneficios publicos directamente. Su numero sera usado unicamente para uno o mas de estos propósitos. La Oficina del Tribunal de la Corte nos ha informado que su numero de seguro social sera usado solamente para el objetivo previamente indicado.

Autorización de Revelación de Informacion: Por este medio concedo el permiso y autorizo a cualquier banco, asociación de residentes, compaia de seguros, compaia de bienes raices, o cualquier institución financiera de ahorros y prestamos, cooperativa de credito, o cualquier agencias de credito revelar a cualquier empleado acreditado del Departamento de servicios toda información pasada, presente, o futura relacionada con mis cuentas bancarias, ganancias, pólizas de seguros, propiedades, o demandas judiciales para determinar o verificar elegibilidad. En relación a mi solicitud de ayuda, entiendo que toda la información que provea sera verificada de varias formas que podrian incluir el pareo de archivos computadorizados y estoy dispuesto a proveer cualquier otra información adicional que pudiera ser requerida de mi como consecuencia de esta revisión. Estoy de acuerdo que las reproducciones o las copias firmadas de esta solicitud de autorización de revelación de información son tan validas como la original.

Con mi firma en la línea que sigue reconozco que he leído cada una de las declaraciones y que cumplire con los acuerdos y objetivos indicados en esta forma.

_____ Firma

_____ Fecha de Hoy

_____ Nombre en letra de molde:

_____ Numero de cliente:



**Hillsborough
County Florida**

Departamento de Servicios de Salud

Forma de Reconocimiento y Acuerdo para el Solicitante I Recipiente

CONVENIO DE REEMBOLSO

Cliente ID:

POR EL VALOR DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS, yo, por este medio irrevocable e incondicionalmente estoy de acuerdo en reembolsar al CONDADO DE HILLSBOROUGH por el valor de todos los servicios de hospitalización, asistencia medica y financiera provista a mi persona o par parte del CONDADO DE HILLSBOROUGH. Asimismo, autorizo y ordeno a mi abogado a proteger los intereses del CONDADO DE HILLSBOROUGH par los servicios de hospitalización, servicios medicos, y financieros recibidos par mi y autorizo y ordeno a mi abogado a hacer los pages de cualquier adjudicación u otorgamiento legal asignados a mi par la corte, directamente al Departamento de servicios de Salud del Condado de Hillsborough par los saldos pendientes de pago al CONDADO DE HILLSBOROUGH. Yo reconozco mi continua responsabilidad personal y estoy de acuerdo en reembolsar al Familia y envejecimiento departamento de servicios del CONDADO DE HILLSBOROUGH por toda la asistencia de hospitalización, medica, y financiera recibidos por mi, dentro de los primeros (10) dfas de la solicitud presentada por el Departamento de Servicios de Salud por parte del CONDADO DE HILLSBOROUGH. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de gestión de cobras, incluyendo pago razonable a un abogado, en caso de que esta obligacion sea situada en las manes de un abogado para asegurar el pago de mi obligacion.

Firma

Nombre en letra de molde

Testigo

Numero del seguro social

Fecha de Hoy