

Assist M.E. (Equipo Médico)
Charlotte, NC
www.AssistMENC.com
AssistMENC@gmail.com
704-659-1123



Hoja de Portada del Formulario de Solicitud

Querido solicitante,

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia de Movilidad de Charlotte. Esperamos poder ayudarlo en su momento de necesidad. Por favor complete toda la información en el formulario adjunto. **Es posible que lo llamemos si no ha completado todas las partes del formulario o si necesitamos más información sobre sus necesidades.**

Esperamos poder ayudarte. Reciclamos equipos ligeramente usados donados por personas de la comunidad. Si no tenemos el equipo que necesita, es posible que no podamos ayudarlo, pero haremos todo lo posible para satisfacer sus necesidades. Nuestro objetivo es ayudar a las personas que no tienen seguro médico ni dinero para pagar el equipo que necesitan. Consulte con su iglesia, familia y amigos antes de aceptar cualquier equipo de Assist M.E.

Tenga en cuenta que debe pedirle a su médico que le dé una prescripción para su equipo. Adjunte la prescripción a su formulario completado. **Assist M.E. no regala equipos respiratorios como nebulizadores o máquinas CPAP.**

**** Si podemos satisfacer sus necesidades, sepa que el equipo que recibe es un regalo y es su responsabilidad mantenerlo. Assist M.E no se hace responsable de las reparaciones o lesiones causadas por el uso del equipo.**

Atentamente,

Jack Sheehan,
Presidente
AssistMENC@gmail.com

Recuerde:

1. **Complete todas las partes** de este formulario. Otra persona puede ayudarlo a llenar esta solicitud.
2. **Firma y anote la fecha en el formulario** (página 2)
3. **Adjunte la prescripción de su médico para el equipo médico.** (obligatorio para TODOS los equipos)
4. **Firma el Formulario de Divulgación de Información Médica / Acuerdo de Exención** (página 3)

SOLICITUD DE EQUIPO MEDICO

Nombre de solicitante Fecha de nacimiento
Teléfono # de habitación (si en Hospital/asilo de ancianos):
Dirección Ciudad Fecha de Alta
E-mail del Paciente
Nombre de la persona ayudando con este formulario
E-mail de la personal ayudando Teléfono

Datos demográficos (Solo para informes. Esta información no afecta si recibe equipo.)

Edad: Genero: M F Estatura Peso
Estado de Empleo: Retirado Desempleado Empleado Veterano Militar EEUU: Si No
Raza: Afro Amer Caucásico Hispano Asia-Amer Otro

¿Ayudará el equipo con alguno de los siguientes? Marque todas las que apliquen.

Hogar Escuela Trabajo Actividades de Comunidad

¿Qué problemas médicos tienes y cuándo comenzaron?

Nombre de su Médico: #Tele del Médico:

¿Qué equipo necesitas?

(Adjunte la prescripción para equipo médico provisto por su médico.)

¿Qué equipo usas ahora?

¿Alguien puede ayudarlo a pagar su equipo? Familia Iglesia Otro

¿Cuáles son sus gastos médicos mensuales que no cubre su seguro médico? \$

Situación financiera actual:

Ingresos mensuales del hogar (sujetos a impuestos y no sujetos a impuestos) \$

Valor total de los activos (valores inmobiliarios y de propiedad) \$

Número de dependientes que viven en su casa (incluido usted mismo)

Por favor, compruebe si tiene:

Medicare Medicaid No tengo seguro Seguro Médico

Por favor, provea: Nombre de Póliza: # de Póliza:

El abajo firmante certifica que toda la información proporcionada en esta solicitud es precisa a su leal saber y entender y está sujeta a verificación.

Firma:

Fecha:

Autorización para Divulgar Información Médica y Financiera /

Acuerdo de Exención

Nombre (En letra de molde, por favor)

Teléfono

Equipo médico necesitado:

Yo, (Nombre de solicitante)

el solicitante, entiendo que al completar este formulario no significa que recibiré equipo médico. Entiendo que, si recibo algún equipo, es un regalo para mí de parte de Jack Sheehan y la organización Assist M.E. y que este regalo puede ser un artículo reciclado. Si recibo algún equipo, acepto todas las responsabilidades por el equipo y renuncio a cualquier derecho de demandar o hacer que Jack Sheehan o la organización Assist M.E., sus miembros, funcionarios, directores y cualquiera de sus representantes sean responsables de cualquier lesión que pudiera resultar del uso del equipo. También entiendo que soy responsable de cualquier reparación que pueda necesitar el equipo. Entiendo que, a cambio de obtener este equipo de forma gratuita, renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra las personas y organizaciones mencionadas anteriormente.

Yo, el abajo firmante, doy permiso a la organización Assist M.E. para revisar mis registros médicos y obtener cualquier información que necesiten de mi médico para justificar la necesidad de mi equipo.

| | |
|---|----------------------|
| X <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Firma del Solicitante o Cuidador | Fecha |

Conserve su equipo todo el tiempo que lo necesite. Cuando sus lesiones hayan sanado y ya no necesite su equipo, puede donárnoslo para que podamos usarlo para otra persona que lo necesite.

Llame al **704-659-1123** y podemos coordinar la entrega o recogida.