

¿Qué es NYP\$?

NYP\$ es una tarjeta gratuita de descuentos en farmacias que es patrocinada por el estado de Nueva York. Usted puede usar esta tarjeta en las farmacias afiliadas para ahorrar hasta un 60% en medicamentos genéricos y un 30% en medicamentos de marca. Los ahorros se proveen gracias a la cooperación y el apoyo de las farmacias locales y de los fabricantes de medicamentos.

Cómo solicitar la tarjeta NY Prescription Saver

Para reunir las condiciones, cada solicitante debe:

- ser residente del estado de Nueva York;
 - no ser beneficiario de Medicaid;
 - (a) tener entre 50 y 65 años, o (b) haber sido declarado discapacitado por la Administración del Seguro Social;
- Y**
- tener ingresos anuales por debajo de los \$35,000 si es soltero, o de \$50,000 si es casado.

Para solicitarla, complete el formulario al dorso siguiendo las instrucciones que se dan más adelante, y envíelo a NYP\$ a la dirección de correo o el sitio web que figura en el extremo inferior de la solicitud.

1 Información personal

Cada persona que solicita la tarjeta debe completar una solicitud. Si tiene cónyuge u otro miembro de la familia que vaya a solicitar la tarjeta, ellos deben completar otra solicitud. Cada solicitante aprobado recibirá su propia tarjeta de descuentos en farmacias. Escriba el nombre completo del solicitante y la dirección de correo para recibir correspondencia.

Escriba el nombre de la otra persona que recibirá el correo del solicitante en el nombre de C/O.

Escriba la fecha de nacimiento del solicitante (MM, DD, AAAA), al igual que el sexo y el estado civil (S = soltero, no casado, divorciado, viudo o separado; C = casado).

Escriba el origen étnico del solicitante (optativo).



2 Estado respecto de la discapacidad

Marque **SÍ** en "Estado respecto de la discapacidad" únicamente si el solicitante ha sido declarado discapacitado por la Administración del Seguro Social. De lo contrario, marque **NO**.

3 Ingresos de la unidad familiar

Informe el total de ingresos brutos en el año calendario anterior. Si está casado y vive con su cónyuge, incluya los ingresos conjuntos aunque su cónyuge no solicite la tarjeta. Incluya los ingresos por salarios, distribución de IRA, dividendos e intereses, Seguro Social, pensiones ferroviarias, Compensación a los trabajadores, beneficios para Veteranos y otros ingresos.

4 Certificación y consentimiento

Lea la declaración de certificación con atención y firme el formulario de solicitud. Si el solicitante no comprende o no puede firmar el formulario, un representante autorizado puede firmar en nombre del solicitante.

Envíelo por correo a:

New York Prescription Saver
P.O. Box 12069
Albany, New York 12212-2069
o solicite la tarjeta en línea.

¿Preguntas?

Visite nuestro sitio web:

<http://nyprescriptionsaver.fhsc.com>

o llámenos al:

1-800-788-6917 (TTY 1-800-290-9138)

¡Compre sus medicamentos con descuento!

Use la tarjeta de

**New York
Prescription
Saver**

New York
NY P\$
Prescription Saver



Patrocinada por el estado de Nueva York

Solicitud para la tarjeta New York Prescription Saver

Tenga presente que también puede solicitarla por Internet.
Visite <http://nyprescriptionsaver.fhsc.com>



Escriba claramente en letras de imprenta

1 Información personal

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Domicilio _____ Casilla de correo o Apt. N° _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

C/O (si es diferente del anterior): _____

Fecha de nacimiento Sexo M/F S/C Estado civil Origen étnico (optativo)

Teléfono - - S = soltero, no casado, divorciado, viudo o separado I = Indio americano/de Alaska
C = casado A = Asiático H = Hispano
B = Blanco O = Otro

2 Estado respecto de la discapacidad

Si la Administración del Seguro Social lo ha declarado discapacitado, marque **SÍ** en "Estado respecto de la discapacidad".
De lo contrario, marque **NO**.

Estado respecto de la discapacidad: Sí No

3 Ingresos familiares

A continuación informe los ingresos totales brutos que usted (si es soltero) o usted y su cónyuge (si es casado) percibieron durante el último año calendario. Informe los ingresos conjuntos incluso si sólo uno de los cónyuges solicita la tarjeta. Incluya los salarios y jornales, dividendos e intereses, Seguro social, pensiones y otros ingresos: Vea las instrucciones para más detalles.

Ingreso anual del último año. \$ _____

4 Certificación y consentimiento

Certifico que la información de este formulario es correcta y verdadera. Resido en el estado de Nueva York y actualmente no soy beneficiario de Medicaid. Me comprometo a presentar comprobantes de mi edad, ingresos, discapacidad y residencia, y demás información de identificación que NY Prescription Saver pueda solicitar. Presto mi consentimiento para el intercambio de toda la información necesaria para verificar si reúno las condiciones entre NY Prescription Saver y la Administración del Seguro Social, el programa Medicaid del estado de Nueva York, el Departamento de Impuestos del estado de Nueva York y otras entidades.
Autorizo a mis proveedores de atención médica a divulgar información sobre mis medicamentos recetados para ser utilizada a los fines autorizados del programa.

Usted (o su representante legal) debe firmar a continuación:

Su firma _____ Fecha _____

Envíe este formulario por correo a: **NYP\$**
P.O. Box 12069
Albany, New York 12212-2069