

¿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

