



P .O. Box 1089 Río Grande, P.R. 00745 ~ Tel. (787) 888-2010 ~ Tdd. 888-0285 ~ Fax 809-0670

Website: www.opapi.org ~ E-Mail opapir@prtc.net

"Si Nos Ayudas, Podremos Ayudar"

Fecha: _____

A: TODOS NUESTROS CLIENTES

DE: RAUL E. GARCIA
DIRECTOR EJECUTIVO
OPAPI, Inc.,

Por la presente certifico que la información ofrecida en este formulario es a mi mejor entender, exacta y verídica. La misma ha sido puesta sin la intención que desvirtuar los hechos o cometer fraude y que estaré sujeto al reembolso de cualquier pago o servicio que hubiese recibido. Tengo conocimiento de que mi caso esta sujeto a verificación y que si soy inelegible, seré descalificado para participar en los programa de la organización, también certifico que he recibido la política de privacidad bajo la ley HIPPA y el mismo esta totalmente bajo confidencialidad. También que he entregado los siguientes documentos

1. _____ Copia del Certificado de Nacimiento con sello de \$5.00, para envejecientes mayores de 60 años el registro demográfico lo otorga gratis.
2. _____ Certificación médica (Formulario de Certificación Medica adjunta en la pagina de información y en nuestras oficinas locales donde indique la condición del paciente y donde nos indique el equipo o necesidad que el paciente requiera).
3. _____ Certificación de Farmacia (Formulario de Certificación de Farmacia adjunta en la página de información).
4. _____ Evidencia de Ingresos (Talonario de Trabajo, Carta de Beneficios de PAN, BIENESTAR PUBLICO O SEGURO SOCIAL, DESEMPLEO) mas reciente a fecha de solicitud.
5. _____ Tarjetas de Seguro Social del componente familiar.
6. _____ Carta Negativa del Departamento del Trabajo (DESEMPLEO) Este documento estará exento del mismo, aquellos pacientes que reciben beneficios del seguro social o son asalariados.
7. _____ Identificación con Retrato del solicitante.
8. _____ Copia de su plan medico
9. _____ Evidencia de Dirección (Recibo de Luz o Agua) mas reciente a fecha de solicitud.
10. _____ Dos Cotizaciones reciente del equipo que paciente necesite. Que no tenga más de 30 días a partir de la aplicación. RETRATO DE CUERPO ENTERO.

De no traer dichos documentos mencionados arriba su caso no podrá ser procesado.

Firma del Paciente o Encargado

Funcionario OPAPI, Inc.



P .O. Box 1089 Río Grande, P.R. 00745 ~ Tel. (787) 888-2010 ~ Tdd. 888-0285 ~ Fax 809-0670

Website: www.opapi.org ~ E-Mail opapir@prtc.net

"Si Nos Ayudas, Podremos Ayudar"

Certificado Medico

(Deberá Ser Completado por un medico que tenga conocimiento en la condición del paciente donde el mismo certifique la condición y la necesidad del equipo que requiera)

Certifico que el paciente: _____

Seguro Social: _____ Récord Medico Número: _____

Fecha de Nacimiento: _____ () Estuvo bajo o () está bajo tratamiento
medico desde _____ hasta _____

Certifico también que el paciente:

() No tiene ninguna enfermedad contagiosa.

() Tiene las siguientes enfermedades contagiosas detalle: _____

DIAGNOSTICO MEDICO: _____

MEDICAMENTOS: _____

DETALLE NECESIDAD O EQUIPO QUE EL PACIENTE REQUIERE: _____

Nombre del Medico Letra
De Molde

de Licencia

Fecha

Firma del Medico Especialista

