

## Formulario de Inscripción para obtener la Tarjeta de Descuento para Medicamentos con Receta Médica WPDP (WPDP Prescription Drug Discount Card)

Complete toda la información que aparece a continuación para recibir una tarjeta de identificación:

1

Nombre del solicitante en letra de molde \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del solicitante \_\_\_\_\_

Dirección (para enviar por correo la tarjeta de ID) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono

Ciudad, Estado, Código Postal (para enviar por correo la tarjeta de ID) \_\_\_\_\_

Masculino ( ) Femenino ( )

2

¿Cómo se enteró sobre este programa? (Encierre en un círculo todas las que aplican)

- |            |  |                        |
|------------|--|------------------------|
| Periódico  | Sitio Web de WPDP ( <a href="http://www.rx.wa.gov">www.rx.wa.gov</a> ) | Organización religiosa |
| Radio      | Escuela o universidad  | Otro _____             |
| Televisión | Servicios Sociales   |                        |

3

Envíe su formulario de inscripción completo a: (uno por solicitante)

Washington Prescription Drug Program  
 c/o The ODS Companies  
 Attn: Billing & Eligibility  
 601 SW 2<sup>nd</sup> Ave.  
 Portland, OR 97204-9747

**Si necesita asistencia para inscribirse, llame sin costo al 1-800-913-4146.**

### Respuestas a preguntas frecuentes

- ◆ No hay costo para unirse al programa.
- ◆ Cada persona debe llenar un formulario de inscripción.
- ◆ Usted recibirá la tarjeta de I.D. dos semanas después de que WPDP recibe su formulario de inscripción.
- ◆ Inscribirse en Medicare Parte D no lo descalificará para inscribirse en este programa.
- ◆ Para obtener más información sobre el programa, llame al Servicio al cliente de ODS sin costo al **1-800-913-4146**.