

**SOLICITUD PARA 3 MESES DE MEDICINAS GRATIS**

Gracias por tu interés en solicitar una oportunidad para recibir 3 meses de medicinas gratis\*, con valor de hasta \$300. Cuando seleccionamos a individuos o familias buscamos a los que más lo necesitan. El proceso de selección requiere que se llene esta solicitud y envíes una fotografía tuya o de tu familia.

Cada solicitud es revisada por un miembro del equipo de Luscinia Health, pero por favor ten en cuenta que no podemos darle seguimiento a cada solicitud. Te vamos a llamar si tenemos más preguntas acerca de ti, tu familia o tu situación. Ten en cuenta que no te regresaremos nada de lo que nos mandes por lo que no envíes fotografías sentimentales.

Si estas nominando a una persona o familiar que conoces, incluye su información en toda la solicitud. Hay un lugar separado en la solicitud para que pongas tu información de contacto.

\* La cantidad concedida a los solicitantes seleccionados será igual a tres veces el monto total en dólares de las compras de las medicinas recetadas hechas dentro de un período de 30 días. El monto máximo concedido es de \$300.

Envía todas las solicitudes completas y las fotografías a:

**Luscinia Health**  
**c/o 3 Months Free**  
**5629 FM 1960 W, Suite 234**  
**Houston, TX 77069**

**¡GRACIAS!**

# SIMPLE SAVINGS CARD™

## PRIMERA PARTE: INFORMACIÓN DE LA PERSONA O LA FAMILIA

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de identificación de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Nombre del tarjetahabiente: \_\_\_\_\_



Estado civil: S / C/ D/ V si eres casado(a), ¿desde hace cuántos años? \_\_\_\_\_

Enlista a TODOS los miembros del hogar (incluyéndote a ti):

Nombre, edad, fecha de nacimiento y parentesco

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_

8 \_\_\_\_\_

Ingreso total de los miembros que comparten el mismo hogar:

\_\_\_\_\_ Menos de 15,000

\_\_\_\_\_ 15,000 – 50,000

\_\_\_\_\_ 50,000 – 75,000

\_\_\_\_\_ 75,000 – 100,000

\_\_\_\_\_ Más de 100,000



**SI ESTAS NOMINANDO A UNA PERSONA O UNA FAMILIA, INCLUYE TU INFORMACIÓN:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con la familia: \_\_\_\_\_



**SEGUNDA PARTE: HISTORIA DE LA PERSONA O LA FAMILIA**

Haz un resumen de tu situación actual, o la situación actual de la familia y enlista las medicinas necesitadas. ¿Cómo te ayudaría la asistencia económica con tus medicinas recetadas? ¿Qué es lo que hace que te lo merezcas? (Por favor usa una sola página para tus respuestas)



## CONSINTIMIENTO

Si eres seleccionado(a), tu nombre y tu(s) fotografía(s) puede(n) ser usada(s) en nuestras publicaciones o en nuestro sitio web. Al firmar abajo renuncias a todos tus derechos de privacidad y certificas que toda la información que proporcionaste en este formulario de solicitud es verdadera.

---

(Firma)