

# LILLY CARES® FOUNDATION

## Postulación al Programa de Asistencia al Paciente

La fundación Lilly Cares Foundation, Inc. (en adelante, "Lilly Cares") es una organización sin fines de lucro que ofrece un programa de asistencia al paciente (en adelante, "el Programa") para ayudar a los pacientes que califiquen a obtener determinados medicamentos de Eli Lilly and Company (en adelante, "Lilly") sin costo alguno. Este formulario de solicitud es para los pacientes que deseen solicitar la recepción de los medicamentos disponibles sin costo alguno a través del Programa.

Complete el formulario y envíelo por fax o correo, o puede optar por hacer la solicitud en línea en [www.lillycares.com](http://www.lillycares.com).

### ¿Qué medicamentos proporciona el Programa de Lilly Cares?

Medicamentos del grupo 1	Medicamentos del grupo 2	Medicamentos del grupo 3
Cialis® (tadalafilo) Cymbalta® (cápsulas de liberación retardada de duloxetine) Evista® (clorhidrato de raloxifeno) FORTEO® (inyección de teriparatida [origen ADNr]) Prozac® (fluoxetina) Strattera® (atomoxetina) Symbyax® (olanzapina y fluoxetina) Zyprexa® (olanzapina)	BAQSIMI™ (glucagón), polvo nasal Basaglar® (inyección de insulina glargina) Emgality® (galcanezumab-gnlm), inyección Glucagón (glucagón para inyección [origen ADNr]) Humalog® (inyección de insulina lispro) Humulin® (insulina humana) Lyumjev™ (inyección de insulina lispro-aabc) REYVOW® (lasmiditan) Trulicity® (dulaglutida)	Humatrope® (somatropina) para inyección Olumiant® (baricitinib), comprimidos Taltz® (ixekizumab), inyección

Los pacientes pueden enviar una solicitud a Lilly Cares para recibir los medicamentos oncológicos recetados de Lilly mediante la compleción de un formulario de solicitud que se puede imprimir o rellenar en línea a través de la página web [www.lillycares.com](http://www.lillycares.com).

Los pacientes también pueden llamar al 1-800-545-6962 para pedir una solicitud.

### ¿Quién califica para el Programa de Lilly Cares?

Para calificar, debe cumplir con los requisitos que se enumeran a continuación:

- Ser residente legal y permanente de los Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE. UU.
- Su proveedor de atención médica le recetó un medicamento de Lilly mencionado anteriormente.
- **No** cuenta con un seguro o tiene la Parte D de Medicare.
- No está inscrito en Medicaid ni se le negó el acceso a Medicaid, al Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés; en adelante "Ayuda Adicional") completo o a los beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) (los pacientes que utilizan Humatrope y que cuentan con beneficios del VA o de Medicaid pueden ser elegibles).
- Pacientes que utilizan Humatrope: Llame a Lilly Cares para revisar los requisitos de elegibilidad.
- Su ingreso familiar anual es inferior al límite anual del ingreso bruto ajustado que se indica a continuación:

#### Límite anual del ingreso bruto ajustado

**Cantidad total de personas en su hogar (incluido usted)** Según las pautas del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) del 2020. Consulte [www.aspe.hhs.gov/poverty](http://www.aspe.hhs.gov/poverty) para obtener más información.

en su hogar (incluido usted)	Medicamentos del grupo 1 (en el FPL igual o inferior al 300 %)	Medicamentos del grupo 2 (en el FPL igual o inferior al 400 %)	Medicamentos del grupo 3 (en el FPL igual o inferior al 500 %)
1	\$38,280	\$51,040	\$63,800
2	\$51,720	\$68,960	\$86,200
3	\$65,160	\$86,880	\$108,600
4	\$78,600	\$104,800	\$131,000

Si vive en Alaska, Hawái, o más de cuatro personas viven en su hogar, llámenos al 1-800-545-6962 para conocer los límites de ingreso bruto ajustado.

### ¿Cómo me puedo postular al Programa?

1. **Complete** la Sección del paciente (páginas de 2 a 4) y **firmé** la Certificación del paciente en la página 4.
2. **Solicite** a su proveedor de atención médica que **complete** la Sección del prescriptor o proveedor de atención médica (página 5), que **firmé** la receta médica (página 5) y las Confirmaciones y los acuerdos del prescriptor o proveedor de atención médica (página 6) y que envíe el formulario de vuelta.
3. **Envíe por fax o por correo** los siguientes documentos a Lilly Cares al número 1-844-431-6650 o a la dirección PO Box 13185, La Jolla, CA 92039:
  - a) La solicitud completa y firmada; y
  - b) Una copia de la documentación de la constancia de ingresos, como la devolución del impuesto federal sobre la renta del año anterior, un informe de sueldo (Formulario W-2 del IRS) o la Declaración de beneficios de Seguro Social (Formulario SSA-1099).

**Envíe copias de la documentación de respaldo solamente. No envíe los informes originales (no se devolverá la documentación que se suministre a Lilly Cares).**

Después de revisar su solicitud, le enviaremos una carta a usted y a su proveedor de atención médica a fin de informarle si califica para el Programa de Lilly Cares. Si califica para Lilly Cares:

- Usted y su proveedor de atención médica recibirán una carta en la que se les notificará la inscripción.
- Usted estará inscrito por un período de 12 meses. Si usted es paciente de la Parte D de Medicare, estará inscrito hasta el final del año calendario.
- Se le enviará el medicamento a su hogar o a su proveedor de atención médica. Si corresponde, nos comunicaremos con usted para programar el envío a su hogar.

Si no califica para Lilly Cares, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor de atención médica.



Lilly Cares Foundation Patient Assistance Program | PO Box 13185 | La Jolla, CA 92039

Teléfono: 1-800-545-6962 | Fax: 1-844-431-6650 | [www.lillycares.com](http://www.lillycares.com)

PP-AP-US-0451 07/2020 © Lilly USA, LLC 2020. Todos los derechos reservados.

# SECCIÓN DEL PACIENTE

Todos los campos son obligatorios. Escriba claramente en letra imprenta.

Nombre del paciente: (Apellido)		(Nombre)		(Inicial del segundo nombre)	
Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año)		Teléfono de preferencia:	(_____)_____ - _____		
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
¿Dónde desea recibir su medicamento?* <input type="checkbox"/> En mi hogar <input type="checkbox"/> En el consultorio de mi proveedor de atención médica					
* Pídale a su proveedor de atención médica que confirme la ubicación de la entrega.					

## Información de los ingresos del paciente

Número de personas que viven en su hogar, incluido usted:		Total del ingreso bruto ajustado (anual) del hogar:	
<b>Debe presentar una prueba de ingresos junto con su solicitud.</b>			

## Información del seguro

¿Tiene seguro? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Ninguno  Parte D de Medicare  Medicaid  
 VA o militar  Seguro comercial (excepto la Parte D de Medicare)  Otro \_\_\_\_\_

## Autorización para recibir la notificación por mensaje de texto (opcional)

Si se **aprueba** su solicitud, podemos enviarle mensajes de texto acerca del Programa durante todo su período de inscripción. Estos mensajes de texto son opcionales. Puede participar en Lilly Cares sin registrarse para recibir los mensajes de texto.

**Cuando se registra para recibir los mensajes de texto (proporcionando su número de teléfono celular a continuación), debe aceptar las siguientes condiciones:**

- Lilly Cares enviará un mensaje de texto pregrabado y de marcación automática (se aplican las tarifas estándar de mensajes de texto y datos).
- Usted puede cancelar su suscripción del servicio en cualquier momento. Para ello, llame al 1-800-545-6962.
- Lilly Cares no se hace responsable de mensajes no entregados debido a dificultades técnicas como problemas del servidor, interrupciones en el servicio del operador telefónico o suspensión del servicio.
- Tenga en cuenta que cualquier persona que tenga acceso a su teléfono puede ver sus mensajes de texto.
- Si su operador de telefonía móvil no participa en este servicio, no recibirá mensajes.
- Estos mensajes de texto NO son recordatorios para que tome su medicamento. Usted es responsable de tomar su medicamento de acuerdo con lo prescrito.
- NO envíe quejas por productos ni comuníquese efectos adversos (como los efectos secundarios) a través de mensajes de texto. Para informar sobre estos, llame al Lilly Answers Center al 1-800-LillyRX (1-800-545-5979).

Para recibir mensajes de texto, debe proporcionar su número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

## Autorización para recargas automáticas de recetas médicas (en adelante, "recarga automática")

Nuestro programa de recarga automática le dispensará su medicamento cuando sea la fecha de recargarlo. Si se suscribió para recibir los mensajes de texto, le enviaremos uno a fin de notificarle cuando se envíe su medicamento. Cuando ya no le queden recargas, nos comunicaremos con su proveedor de atención médica para renovar la receta médica antes de la próxima fecha de vencimiento de la recarga. Las recargas automáticas finalizarán cuando termine su período de inscripción en el Programa. Si ya no necesita el medicamento, comuníquese con Lilly Cares al número 1-800-545-6962.

- Sí, recarguen mi medicamento automáticamente cuando sea la fecha de la recarga.  
 No, no recarguen mi medicamento automáticamente. Llamaré a Lilly Cares cuando sea la fecha de la recarga.

## Autorización para hablar con un representante autorizado (opcional)

Puede indicar los nombres de una o más personas que usted autoriza para que hablen en representación suya con Lilly Cares sobre esta solicitud o su participación en el Programa de Lilly Cares.

Estas personas pueden proporcionar o recibir su información personal según sea necesario hasta que usted les revoque la autoridad. La autoridad de dichas personas no terminará automáticamente una vez que procesemos su solicitud, sino cuando su período de inscripción finalice.

Al proporcionar los nombres a continuación, usted certifica que las personas saben y aceptan que usted entregará sus nombres a Lilly Cares con el propósito de actuar como su representante autorizado.

1. Nombre del representante autorizado en letra imprenta

2. Nombre del representante autorizado en letra imprenta

Usted tiene la facultad de retirar a los representantes autorizados de su función en cualquier momento. Para ello, llame a Lilly Cares al número 1-800-545-6962.



**Aviso de privacidad:**

Es posible que utilicemos y guardemos su información personal con el fin de cumplir obligaciones legales o regulatorias que son del legítimo interés de Lilly Cares; cumplir propósitos comerciales legítimos y legales de acuerdo con las políticas de retención de registros de Lilly Cares, así como las leyes y regulaciones aplicables, y responder a solicitudes legítimas de parte de las autoridades públicas, incluso a fin de cumplir con solicitudes de seguridad o de cumplimiento de la ley a nivel nacional.

Es posible que proporcionemos información personal sobre usted a Lilly y sus afiliados en todo el mundo (que pueden estar trabajando en la administración de Lilly Cares). Estos afiliados pueden, a su vez, transmitir información personal sobre usted a otros afiliados de Lilly. Es posible que algunas de las afiliadas de Lilly se encuentren ubicadas en países que no garantizan el mismo nivel de protección de datos. Sin embargo, todas las afiliadas de Lilly están obligadas a tratar la información personal de manera consistente con este aviso. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad, incluidos los fundamentos de las transferencias y las protecciones de la información personal, comuníquese a través de [privacy@lilly.com](mailto:privacy@lilly.com) o visite <https://www.lilly.com/privacy>.

Proporcionamos garantías físicas, electrónicas y de procedimiento razonables para proteger la información con la que trabajamos y la que mantenemos. Limitamos el acceso a su información a empleados, agentes, contratistas, proveedores, subsidiarias y socios comerciales autorizados, u otros que necesiten dicho acceso a la información para llevar a cabo sus funciones y responsabilidades asignadas en nombre de Lilly Cares. Tenga en cuenta que, aunque tratamos de proteger la información con la que trabajamos y que mantenemos, ningún sistema de seguridad puede prevenir todas las posibles violaciones de la seguridad. No vendemos información personal.

Tras la verificación, tiene derecho a solicitar información de nosotros sobre cómo se utiliza su información personal y con quién se comparte dicha información. También tiene derecho a solicitar ver y obtener una copia de la información personal que tenemos sobre usted, solicitar su corrección o solicitar su eliminación.

Puede haber excepciones que se apliquen a su solicitud.

En circunstancias limitadas, es posible que tenga el derecho de transmitir su información a otra entidad o persona en un formato legible por máquina. No lo discriminarán por ejercer cualquiera de sus derechos.

Para ejercer sus derechos, usted o su representante autorizado pueden enviar una solicitud comunicándose con nosotros mediante uno de los métodos que se indican a continuación.

Puede realizar cualquiera de las solicitudes anteriores comunicándose con nosotros a:

Lilly Cares Foundation Patient Assistance Program  
PO. Box 13185  
La Jolla, CA 92039  
Teléfono: 1-800-545-6962

Si desea presentar una queja por la manera en la que hemos manejado su información personal, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad Global y con el director de Protección de Datos al correo [privacy@lilly.com](mailto:privacy@lilly.com), quienes investigarán el asunto por parte de Lilly Cares.

Si no está satisfecho con nuestra respuesta o tiene alguna inquietud acerca de cómo se procesan sus datos, puede registrar una queja con una autoridad regulatoria pertinente (por ejemplo, una autoridad de protección de datos [DPA; por sus siglas en inglés] o un fiscal general).



# CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE (ACUERDO)

## Comprendo que:

- Lilly Cares decidirá si califico para el Programa. Comprendo que es posible que mi solicitud no se apruebe.
- Lilly Cares puede cambiar o finalizar el Programa, o cancelar mi inscripción en el Programa, en cualquier momento.
- **Lilly Cares no cobra una tarifa para solicitar la participación en el Programa.** No tengo la obligación de utilizar un tercero que cobre una tarifa para ayudarme con mi inscripción y, si utilizo un tercero que cobre una tarifa para ayudarme con mi inscripción o con la recarga de mi medicamento, este dinero no se le paga a Lilly Cares.
- Si se aprueba, mi inscripción en el Programa terminará al final del año calendario (si soy paciente de la Parte D de Medicare) o tras 12 meses. Una vez que mi inscripción finalice, tendré que volver a solicitar la participación en el Programa.

## Certifico (acepto) que:

- Soy residente legal y permanente de los Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE. UU.
- Mi solicitud es completa y exacta. He dicho la verdad acerca de mi cobertura de seguro y mis ingresos.
- Entregaré rápidamente la documentación que valida la información que he proporcionado en esta solicitud, si Lilly Cares lo necesita, incluso después de cualquier decisión relacionada con la calificación para el Programa (no suministrar de forma oportuna la documentación completa y exacta cuando se solicite puede dar lugar a la finalización inmediata de la revisión de la solicitud o a la eliminación del Programa en caso de que la solicitud ya se hubiese aprobado).
- Si se aprueba mi solicitud:
  - o Notificaré a Lilly Cares acerca de los cambios en el estado de mis ingresos o de mi seguro.
  - o No enviaré solicitudes de reembolso a terceros ni a aseguradoras gubernamentales por ningún producto que se me haya brindado a través del Programa de Lilly Cares.
  - o Si tengo cobertura de la Parte D de Medicare, no procuraré que el valor o costo asociado con el medicamento que recibo a través del Programa se cuente como costos de mi bolsillo por medicamentos recetados.
  - o Si tengo cobertura de la Parte D de Medicare, informaré a mi Plan de la Parte D Plan acerca de mi inscripción en Lilly Cares.
  - o No venderé, intercambiaré ni transferiré ningún medicamento que reciba a través del Programa.

**Doy mi consentimiento para que se comparta, utilice y reciba información sobre mí, según lo descrito:**

Para dirigir Lilly Cares, necesitamos información sobre usted. Mediante su firma a continuación, usted autoriza a cualquier farmacia, proveedor de atención médica u otros que estén en posesión de su información personal, incluida la información de salud, a compartir información sobre usted con Lilly Cares, Lilly y sus afiliados, empleados, agentes, proveedores y socios comerciales que puedan estar trabajando en la administración de Lilly Cares (en adelante, "Entidades Receptoras"), incluida la información de salud. Asimismo, usted autoriza a las Entidades Receptoras a compartir, utilizar y divulgar su información para los fines operacionales del Programa y comprende la naturaleza de ello.

## Las Entidades Receptoras pueden recibir, compartir y utilizar la siguiente información:

- Información contenida en la presente solicitud.
- Información acerca de sus afecciones médicas, tratamiento, medicamentos actuales y futuros, e información de seguro.
- Otra información que las Entidades Receptoras obtengan para dirigir Lilly Cares.
- Las Entidades Receptoras pueden compartir su información con sus proveedores de atención médica y personal farmacéutico.
- Los proveedores de atención médica y el personal farmacéutico pueden compartir su información con las Entidades Receptoras.

## Las Entidades Receptoras pueden compartir su información para cumplir con los siguientes propósitos:

- Para revisar su solicitud a fin de determinar su elegibilidad y comunicarse con usted o su proveedor de atención médica, si fuera necesario, para realizar dicha revisión.
- Para ayudar a dirigir Lilly Cares y para los propósitos internos de las Entidades Receptoras que involucran a otros programas de ayuda al paciente y de beneficencia.
- Para entregarla a sus farmacias y proveedores de atención médica relacionados con su participación en Lilly Cares, lo que incluye información personal e información sobre sus medicamentos recetados.
- Para realizar un seguimiento del uso de los medicamentos.
- Para medir el rendimiento del programa y realizar mejoras en el mismo
- Solo pedimos y compartimos la Información Médica Protegida (IMP) que necesitamos para dirigir el programa. No solicitamos ninguna IMP que no necesitemos, pero es posible que recibamos una parte de ella en los expedientes médicos que nos envían.
- Pese a que no tiene que otorgar permiso para compartir su IMP con Lilly Cares, es posible que no podamos ayudarlo sin ella.

## Al firmar a continuación, también acepto lo siguiente:

- Esta autorización permite que aquellos que lo necesiten puedan divulgar mi Información Médica Protegida durante un (1) año a partir de la fecha de mi firma.
- Una vez que su IMP se haya compartido, es posible que ya no esté cubierta por las leyes de privacidad federales y estatales (como la HIPAA) y se vuelva a compartir.
- Entiendo que puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través del envío de un aviso por escrito a Lilly Cares a la dirección que aparece en esta solicitud. Si cancelo mi consentimiento, ya no calificaré para Lilly Cares. Mis proveedores de atención médica ya no compartirán mi IMP con las Entidades Receptoras después de la fecha en que las Entidades Receptoras reciban y procesen mi carta de cancelación; sin embargo, esto no afectará la información o las divulgaciones que se compartan antes de ese momento. Además, una vez que las Entidades Receptoras reciban y procesen mi cancelación, se le pondrá fin a mi participación en Lilly Cares; y, después de que mi participación termine, las Entidades Receptoras solo conservarán y harán uso de mi información con propósitos legales y regulatorios.
- Recibí una copia de esta autorización.

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Se requiere la firma)

Nombre del paciente en letra impresa: \_\_\_\_\_



# SECCIÓN DEL PRESCRIPTOR O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Información del paciente (todos los campos son obligatorios):

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:		Teléfono:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Alergias a medicamentos:			
Otros medicamentos:			

**Receta médica:** Autorizo a Lilly Cares a actuar en mi nombre con el fin de transmitir esta receta médica a la farmacia correspondiente.

Medicamento:		Concentración:		Fecha de hoy:	
Indicaciones (en letra imprenta):					
Cantidad que se debe dispensar:	<input type="checkbox"/> 4 meses (máximo)	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 2 meses	<input type="checkbox"/> 1 mes	
N.º de recargas:	(hasta un año de tratamiento)		Dosis diaria máxima:		

**Si se receta insulina, confirme la formulación (obligatorio):**

- Vial (no disponible para Basaglar®, Humalog® U-200 o Lyumjev™ U-200)
- KwikPen® (no disponible para Humulin® R 100 unidades/ml)
- Cartucho (solo disponible para Humalog® 100 unidades/ml)

Su estado puede exigir que las recetas sigan ciertos requisitos de contenido o que utilicen un formulario específico. Al firmar a continuación, usted certifica que acata las leyes aplicables a las recetas médicas y a los prescriptores autorizados en los estados en los que se prescribe. Autorizo a Lilly Cares a actuar en mi nombre para los fines limitados de la transmisión de este pedido de medicamentos recetados.

Firma del prescriptor: \_\_\_\_\_

*Dispensar según lo escrito*

*Sustitución o cambio de marca permitido*

No se aceptarán los timbres realizados con sellos de goma, las firmas de otro personal de oficina para el prescriptor ni firmas generadas digitalmente.

**Información del proveedor de atención médica (todos los campos son obligatorios):**

Nombre y título del prescriptor en letra imprenta:		N.º de DEA (según lo requerido):	
N.º de licencia estatal y estado:		N.º de NPI:	
Teléfono:		Fax:	
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:

Nota: Si se aprueba la solicitud del paciente, el medicamento se entregará en la ubicación seleccionada por el paciente en la sección del paciente de esta solicitud (página 2). Coordine con su paciente para asegurarse de que la ubicación de entrega sea correcta.



## Confirmaciones y acuerdos del prescriptor o proveedor de atención médica:

### Al firmar a continuación, yo (en adelante, el "Prescriptor") certifico las siguientes declaraciones:

- Le receté el medicamento antes mencionado (en adelante, el "Medicamento") al paciente que aparece en este formulario (en adelante, el "Paciente") sobre la base de mi juicio clínico independiente de que el tratamiento con este Medicamento para el Paciente es médicamente necesario.
- Cuando mi Paciente solicite, o se lo requiera para él, y, de acuerdo con sus necesidades, Lilly Cares acepta, en la medida en que sea coherente con sus propósitos de exención de impuestos, calificado de conformidad con la sección 170(e)(3) del Código de Ingresos Internos, y autorizado por las políticas de Lilly Cares, proporcionar los medicamentos al Prescriptor con el único propósito de cuidar a los enfermos, necesitados, indigentes o bebés en los Estados Unidos (incluidos Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.). Si el medicamento se envía a mi consultorio, aceptaré el medicamento de Lilly Cares y se lo entregaré solamente al Paciente cuyo nombre aparece en este formulario. Proporcionaré este Medicamento sin cargo alguno. No utilizaré el Medicamento con ningún otro propósito. Este Medicamento no se ofrecerá para su venta, intercambio o trueque; no se devolverá para obtener un crédito; no se solicitará el reembolso ni se harán reclamaciones por el Medicamento a terceros, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier otro proveedor de beneficios.
- Antes de firmar este formulario, me he asegurado de que el Paciente conozca, haya aceptado e indicado mi divulgación de su información a Lilly Cares para que Lilly Cares pueda comunicarse con el paciente con el fin de habilitar aún más los servicios para esos propósitos, y que dicho consentimiento e indicación se aplican a las divulgaciones realizadas durante el tiempo que se prolongue la terapia del paciente.
- Le notificaré a Lilly Cares con 90 días de anticipación si necesito ceder este acuerdo, de forma total o parcial, a otro Prescriptor.
- Soy un prescriptor autorizado y cumpliré y respetaré las leyes de dispensación aplicables al estado en el que estoy prescribiendo, recibiendo, almacenando y distribuyendo el Medicamento. Asimismo, cumpliré con las leyes aplicables pertinentes a la eliminación del Medicamento sin utilizar, y desecharé el Medicamento adecuadamente.
- Entiendo que Lilly Cares tiene derecho a revisar o finalizar el Programa en cualquier momento.
- A mi leal saber y entender, la información que proporcioné es precisa.

Mi firma a continuación confirma mi comprensión y acuerdo con los requisitos del programa mencionados anteriormente.

Firma del prescriptor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del prescriptor: \_\_\_\_\_  
*Escriba el nombre en letra imprenta*

Nombre del solicitante de Lilly Cares: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Escriba el nombre en letra imprenta*

