

Get a free
Obtenga una tarjeta de regalo de

\$15



gift card (gratis)

How to get a free gift card*
Cómo obtener una tarjeta de regalo gratis**

- 1. Go for a checkup with your primary care doctor before June 30, 2019.**
(Hágase un chequeo con su médico de atención primaria antes del 30 de junio de 2019.)
- 2. Fill out the form on the back of this flyer.**
(Complete el formulario en la parte posterior de este folleto.)
- 3. Send it back to us.**
(Envíenoslo de vuelta.)
- 4. We send you a free \$15 Target gift card.**
(Le enviaremos una tarjeta de regalo Target de \$15 gratis.)

Send your filled out form to Staten Island PPS
Envíe su formulario completado a Staten Island PPS.

E-mail (Correo electrónico): contact_us@statenislandpps.org
Fax: (917) 830-1179

*Disclaimer: You must be a **Medicaid** recipient who hasn't been seen by a doctor since July 1, 2018 to be eligible for a gift card. Appointments must be scheduled between the day you receive this form and June 30, 2019.

Descargo de responsabilidad: debe ser un beneficiario de **Medicaid que no ha sido visto por un médico desde el 1.º de julio de 2018 para ser elegible para recibir una tarjeta de regalo. Las citas deben programarse entre el día en que reciba este formulario y el 30 de junio de 2019.

Sponsored by
Patrocinada por



Staten Island
Performing Provider System



Instructions for Doctors/Providers (Instrucciones para médicos o proveedores)



1. Fill out this form if your patient has Medicaid and hasn't been seen since July 1, 2018 (Complete este formulario si su paciente tiene Medicaid y no ha sido atendido desde el 1.º de julio de 2018).
2. The Medicaid CIN# **must** be filled out for your patient to be eligible to receive a gift card (El n.º CIN de Medicaid **debe** ser completado por su paciente para ser elegible para recibir una tarjeta de regalo).
3. Complete **all** provider and office contact information (Complete **toda** la información de contacto del proveedor y de la oficina).
4. Sign and date the form attesting the patient has been seen for a preventive care or follow-up visit (Firme y feche el formulario que atestigua que el paciente ha sido visto en una visita de cuidado preventivo o de seguimiento).
5. Make sure the consent is signed by the patient (Asegúrese de que el consentimiento esté firmado por el paciente).
6. Have your office staff or the patient send the form back to us (Pídale al personal de su consultorio o al paciente que nos envíe el formulario).

For Doctors/Providers ONLY (SOLO para médicos o proveedores)

(Patient's First Name)(Nombre del paciente)

(Patient's Last Name) (Apellido del paciente)

(CIN#) (N.º CIN)

**MUST BE COMPLETED
DEBE COMPLETARSE**

(Primary Care Provider)

(Office Address or Stamp)

(Office Phone #)

(Proveedor de atención primaria)

(Dirección del consultorio o sello)

(N.º de teléfono del consultorio)

X

(Visit Date)

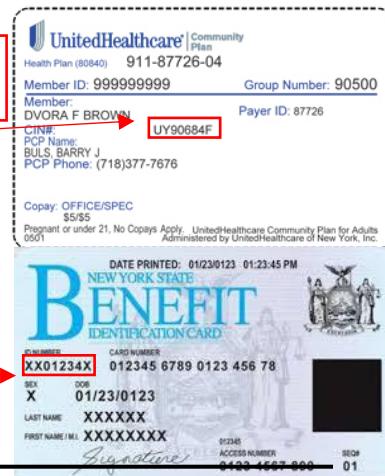
(Provider Signature)

(Patient Date of Birth)

(Fecha de la visita)

(Firma del proveedor)

(Fecha de nacimiento del paciente)



For Patient or Parent/Guardian (Para pacientes o padre/tutor)

Send gift card/e-gift card to (must check one) (Enviar una tarjeta de regalo/tarjeta de regalo electrónico a (debe marcar una opción)):

Valid e-mail address (Dirección de correo electrónico válida)

Home address (Dirección particular) _____

If visits cannot be confirmed with your primary care doctor, **you will not be eligible for a gift card.**

(Si las visitas no pueden ser confirmadas con su médico de atención primaria, **usted no será elegible para recibir una tarjeta de regalo.**)

* I consent to send contact information, be contacted by, and send visit information to Staten Island PPS (Doy mi consentimiento para enviar información de contacto y de visita a Staten Island PPS, y para ser contactado por este).

X _____
(Signature of Patient or Parent/Guardian) (Firma del paciente o padre/tutor)

X _____
(Date) (Fecha)

(Valid Phone Number) (Número de teléfono válido)

Get your free \$15 Target gift card (Obtenga su tarjeta de regalo Target \$15 gratis):

Send this filled out form to **contact_us@statenislandpps.org** or fax to **(917) 830-1179**. All information on this form must be completed to receive a gift card. Visits must be completed before June 30, 2019. Processing time may take up to two (2) weeks.

(Envíe este formulario completado a **contact_us@statenislandpps.org** o envíelo por fax al **(917) 830-1179**. Debe completar toda la información en este formulario para recibir una tarjeta de regalo. Debe completar las visitas antes del 30 de junio de 2019. El tiempo de procesamiento puede tomar hasta dos (2) semanas.)

This document may contain confidential information. Any unauthorized or improper disclosure, copying, distribution, or use of the contents of this document and attached document(s) is prohibited. The information contained in this document and attached document(s) is intended only for the personal and confidential use of the Staten Island Performing Provider System or the intended recipient(s). If you have received this document in error, please notify the Staten Island Performing Provider System immediately by phone (917.830.1140) and destroy the original document and attached document(s).
(Es posible que este documento contenga información confidencial. Cualquier divulgación, copia, distribución o uso no autorizado o inadecuado del contenido de este documento y de los documentos adjuntos está prohibido. La información contenida en este documento y en los documentos adjuntos es solo para uso personal y confidencial de Staten Island Performing Provider System o de los destinatarios previstos. Si recibió este documento por error, infórmelo a Staten Island Performing Provider System de manera inmediata por teléfono (917.830.1140) y destruya el documento original y el(los) documento(s) adjunto(s).)