

**\$60** AL AÑO CUBRE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA

## Más información

- Le enviaremos por correo un aviso de confirmación cuando recibamos su pago.
- Sus \$60 y su donación irán a su agencia local de Rescate y Servicios Médicos de Emergencia (Emergency Medical Services, EMS).
- Su período de cobertura será desde el 1° de octubre de 2009 hasta el 30 de septiembre de 2010.
- Comuníquese con el Fondo de Rescate y Servicios Médicos de Emergencia del Condado de Wake (Wake County Rescue and EMS Fund) por escrito si durante el año se producen cambios o aumenta el número de personas que viven en su casa:  
PO Box 1680, Clemmons, NC 27012



SI TIENE PREGUNTAS  
LLAME A SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA  
EN WAKE POR LA LÍNEA DE INFORMACIÓN

**856-6205**

ECRWSS  
Residential Customer

WAKE RESCUE AND EMS FUND  
PO BOX 1680  
Clemmons, NC 27012

PRSR1 STD  
US Postage  
PAID  
RALEIGH, NC  
PERMIT NO. 1

EN CASO DE EMERGENCIA,  
**LO QUE MENOS**  
PREOCUPACIÓN DEBE CAUSARLE  
ES PAGAR LA  
**AMBULANCIA.**



**\$60** AL AÑO CUBRE A TODAS LAS  
PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA  
TRANSPORTE ILIMITADO EN AMBULANCIA

Únase hoy mismo al  
Wake Rescue and EMS Fund  
[www.wakegov.com/emsfund](http://www.wakegov.com/emsfund)



## A veces se producen emergencias

Un viaje en ambulancia puede costar más de \$500. La mayoría de los seguros, incluso Medicare, esperan que usted pague un 20% o más de la factura de la ambulancia.

## Actúe inmediatamente

Únase hoy mismo al Fondo de Rescate y Servicios Médicos de Emergencia del Condado de Wake (Wake County Rescue EMS Fund). Su afiliación de \$60 paga por todos los viajes en ambulancia por emergencias de 911 de todas las personas que viven en su casa, en cualquier parte del condado de Wake, durante un año. Solo tiene que ser un residente del condado de Wake. Le enviaremos una factura a su seguro, pero usted no pagará nada. Su período de cobertura será desde el 1° de octubre de 2009 hasta el 30 de septiembre de 2010.

\*Los fondos que excedan los \$60 serán considerados como donación a su agencia de rescate local.

## Únase hoy mismo

Para inscribirse en el EMS Fund, llene el formulario adjunto y envíelo por correo junto con un cheque, giro postal o información de tarjeta de crédito (no envíe dinero en efectivo) a nombre de: Wake Rescue and EMS Fund a la dirección:

PO Box 1680, Clemmons, NC 27012

**\$60 AL AÑO CUBRE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA**

Agencias participantes:

Wake County Emergency Medical Services System  
Apex EMS \* Cary EMS \* Eastern Wake EMS \* Garner EMS  
Holly Springs EMS \* Six Forks EMS



SI TIENE PREGUNTAS  
LLAME A WAKE EMS POR LA LÍNEA DE  
INFORMACIÓN  
**856-6205**

Su afiliación al Wake County Rescue and EMS Fund cubre los VIAJES POR EMERGENCIAS DE 911 desde el condado de Wake hasta el hospital apropiado más cercano (no cubre el transporte aéreo que no sea de emergencia). Se enviará una factura a su seguro cada vez que usted utilice el programa. Se cobrará una multa de \$25 por cada cheque devuelto. Usted tendrá transporte de emergencia en ambulancia aunque no participe en este programa.

Llene el formulario que se presenta a continuación. Dé información sobre su tarjeta de crédito, o adjunte un cheque o giro postal por \$60 (no envíe dinero en efectivo), a nombre de: WAKE RESCUE AND EMS FUND • PO Box 1680 • Clemmons, NC 27012

NUEVO SOCIO                       RENOVACIÓN

CUOTA DE SOCIO \_\_\_\_\_ \$60.00 \_\_\_\_\_

DONACIÓN \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

APT/UNIDAD \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

¿ESTA DIRECCIÓN ESTÁ EN EL CONDADO DE WAKE? SÍ  NO

TELÉFONO:

CASA (    ) \_\_\_\_\_ TRABAJO (    ) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

APT/UNIDAD \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO \_\_\_\_\_

FECHA DE VENCIMIENTO \_\_\_\_\_



(marque una)

ESCRIBA EL NOMBRE DE CABEZA DE FAMILIA Y DE OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA. (Agregue páginas si es necesario.) EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL) SE USA PARA COMPARAR LA SUSCRIPCIÓN CON LOS DOCUMENTOS MÉDICOS.

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, ISN)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL/ VISA DE TRABAJO (OPCIONAL)
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

¿Cómo supo acerca de nosotros?

Televisión    Radio    Periódico    Mail    Familia

Otro \_\_\_\_\_