



SAMPLE ASSISTANCE

By completing this form, parent/guardian consents to have their information shared with Mead Johnson Nutrition for enrollment in Helping Hands™, including email notifications and special offers.

Helping Hands™ Sample Assistance provides one enrollment per household, per birth. Programs and offers are subject to change without notice. Only parents and legal guardians who meet offer qualifications are eligible.

PARENT/CHILD & PROVIDER INFORMATION

Today's Date ____ / ____ / ____

Parent/Guardian Name _____

Parent/Guardian Email _____

Shipping Address (Sorry, no P.O. Boxes) _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Phone (____) _____ Baby's Date of Birth ____ / ____ / ____

Baby's Health Care Provider _____ Multiple Births? (if yes, note # babies) _____

Clinic/Hospital _____

Enfamil Family Beginnings® (EFB) may provide additional samples, coupons, and information. If the parent/guardian would like to be enrolled in this program, please check the box below.

☐ Parent/guardian would like to be enrolled in EFB.

Read our privacy policy at enfamil.com/privacy-policy/

PRODUCT SELECTION

Select one option below. For multiple births, if babies are on different products, select applicable product(s), then indicate the name and number of babies on the product in the Request Other/Special Instructions box found below.

Solutions

- ☐ Enfamil® NeuroPro® Gentlease®
- ☐ Enfamil A.R.®
- ☐ Enfamil® ProSobee®
- ☐ Enfamil® Reguline®

Hypoallergenic Nutrition

- ☐ Nutramigen® with Probiotic LGG®*
- ☐ Nutramigen® with Probiotic LGG® Toddler*
- ☐ PurAmino®*
- ☐ PurAmino® Jr*

Request Other/Special Instructions (note below):

Premature

- ☐ Enfamil® NeuroPro® EnfaCare®*
- ☐ Enfamil® Liquid Human Milk Fortifier:
 - ☐ Standard Protein ☐ High Protein
- ☐ Enfamil® Premature (select calorie level):
 - ☐ 20 ☐ 24 ☐ 24 High Protein ☐ 30

Special Products

- ☐ Pregestimil®*
- ☐ Enfaport®
- ☐ Enfamil® 24
- ☐ Metabolic* (note here): _____

Multiple Births Only

- ☐ Enfamil® NeuroPro® Infant
- ☐ Enfamil® Optimum™
- ☐ Enfamil® Optimum™ Gentlease®

LGG is a registered trademark of Chr. Hansen A/S.

ADDITIONAL INFORMATION

* **Reimbursement Support:** Mead Johnson Nutrition products may be eligible for insurance coverage when prescribed. Our team of dedicated reimbursement experts can help guide you through the process from start to finish. If you would like a team member to reach out, please check the box below.

☐ Parent/guardian would like to learn about reimbursement support.

Long Term Assistance (LTA) may be available for those who qualify. If the parent/guardian is experiencing financial difficulty and would like us to contact them with more information, please check the box below.

☐ Parent/guardian would like to learn about LTA.

California Residents: Parent/guardian signature required: _____

Health Care Provider: Please return to your Mead Johnson Nutrition representative: _____





**SAMPLE
ASSISTANCE**

Al completar esta forma, el padre/tutor da su consentimiento para compartir su información con Mead Johnson Nutrition para la inscripción en Helping Hands™, incluyendo las notificaciones por correo electrónico y ofertas especiales.

El Programa de Helping Hands™ Asistencia de Muestras proporciona una inscripción por hogar, por nacimiento. Los programas y ofertas están sujetos a cambios sin previo aviso. Sólo los padres, madres y tutores legales que cumplan con los requisitos de la oferta son elegibles.

INFORMACIÓN DE PADRE/MADRE/HIJO Y PROVEEDOR

Fecha de Hoy ____ / ____ / ____

Nombre del Padre/Madre/Tutor _____

Correo electrónico del Padre/Madre/Tutor _____

Dirección de Envío (Lo sentimos, No Casillas Postales) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (____) _____ Fecha de Nacimiento del Bebé ____ / ____ / ____

Proveedor de Atención Médica del Bebé _____

¿Nacimientos Múltiples? (en caso afirmativo, anotar el número de bebés) _____

Clínica/Hospital _____

El programa de Enfamil Family Beginnings® (EFB) puede proporcionar muestras, cupones e información adicionales en español. Si el padre/tutor quisiera inscribirse en este programa, marca la casilla a continuación.

☐ El padre/madre/tutor quisiera inscribirse en EFB

Lee nuestra política de privacidad en enfamil.com/es/poliza-de-privacidad-de-enfamil/

SELECCIÓN DE PRODUCTO

Selecciona una opción a continuación. Para nacimientos múltiples, si los bebés están en diferentes productos, selecciona los productos correspondientes, también indica el nombre y la cantidad de bebés en el producto en la casilla 'Solicita Otro/Instrucciones Especiales' que se encuentra a continuación.

Fórmula para Problemas de la Pancita

- ☐ Enfamil® NeuroPro® Gentlease®
- ☐ Enfamil A.R.®
- ☐ Enfamil® ProSobee®
- ☐ Enfamil® Reguline®

Nutrición Hipoalérgica

- ☐ Nutramigen® con probiótico LGG®
- ☐ Nutramigen® con probiótico LGG® para Niños Pequeños
- ☐ PurAmino®*
- ☐ PurAmino® Jr*

Solicita Otro/Instrucciones Especiales

(anota a continuación):

LGG es una marca comercial registrada de Chr. Hansen A/S.

Prematuros

- ☐ Enfamil® NeuroPro® EnfaCare®
- ☐ Fortificador Líquido de Leche Humana Marca Enfamil® (Paquetes en Porción Individual)
 - ☐ Contenido de Proteínas Estándar ☐ Alto Contenido de Proteínas
- ☐ Enfamil® Premature (selecciona el nivel de calorías):
 - ☐ 20 ☐ 24 ☐ 24 Alta Proteína ☐ 30

Productos Especiales

- ☐ Pregestimil®
- ☐ Enfaport®
- ☐ Enfamil® 24
- ☐ Metabólico (anota aquí): _____

Sólo para Múltiples Nacimientos

- ☐ Enfamil® NeuroPro® Infant
- ☐ Enfamil® Optimum™
- ☐ Enfamil® Optimum™ Gentlease®

INFORMACIÓN ADICIONAL

* **El apoyo de reembolso del seguro** puede estar disponible para los pacientes que usan productos PurAmino® a través de **myPurAmino™**, según el plan de seguro individual del paciente. Si quisieras que un miembro de nuestro equipo se comunique contigo, marca la casilla a continuación.

☐ El padre/madre/tutor quisiera obtener información sobre el apoyo de reembolso del seguro.

La Asistencia a Largo Plazo (LTA, conocida por sus siglas en inglés) puede estar disponible para aquellos que califiquen. Si el padre/madre/tutor tiene dificultades financieras y quisiera que nos comuniquemos con él/ella para brindarle más información, por favor marca la casilla a continuación.

☐ El padre/madre/tutor quisiera obtener información sobre LTA.

Residentes de California: Se requiere la firma del padre/madre/tutor: _____

Proveedor de Atención Médica: Favor de entregar al representante de Mead Johnson Nutrition: _____

