

**PROGRAMAS DE FINANCIAMIENTO DE SEGUROS DE SALUD Y  
 ASISTENCIA FARMACÉUTICA DE SIDA/VIH  
 SOLICITUD/RE-CERTIFICACIÓN**

Antes de completar esta solicitud/re-certificación, lea el boletín y las instrucciones adjuntos

Indique con "X" los programas que desea solicitar:  Financiamiento de Seguros de Salud  Asistencia Farmacéutica

**SECCION I. INFORMACIÓN GENERAL**

Apellido  Nombre  Inicial del Segundo Nombre  Fecha de Nacimiento

**Número de Seguro Social** (El proveer su Número de Seguro Social (SSN) es de carácter voluntario. No obstante, la mayoría de las compañías aseguradoras y las farmacias utilizan el SSN a fin de identificar sus pólizas y archivos. El proveer su SSN facilita la verificación de su cobertura de seguros y la tramitación de esta solicitud/re-certificación.)  -  -

Dirección de su casa				Dirección de envío (si es diferente)			
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Número de teléfono en casa (indique el código del área) _____ ¿Se puede dejar recado en este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de teléfono alternativo/célula/de trabajo (indique el código del área) _____ ¿Se puede dejar recado en este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trasgénero	<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Vivo con mi pareja	<b>Veterano</b> <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No Veterano	<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Islas Pacíficas/Hawai <input type="checkbox"/> Indígena/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra _____	<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <b>Idioma Preferido</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
---	--	--	--	--

**Domicilio**(Adjunte documentación de residencia según las instrucciones)  Residente de Wisconsin  No residente de Wisconsin

**Participación Laboral** (Marque la categoría que mejor describe su participación actual)\_Marque la caja que indica el estado de empleo

<input type="checkbox"/> Empleo a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Ausencia médica provisional por incapacidad	<input type="checkbox"/> Desempleo por enfermedad
<input type="checkbox"/> Empleo a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Horario de trabajo reducido por enfermedad	<input type="checkbox"/> Desempleo por motivo no médico

Información acerca del médico		Información acerca de la farmacia	
Nombre del médico		Nombre de la farmacia	
Nombre de la clínica		Nombre de Persona Autorizada	
Dirección		Dirección	
Ciudad		Ciudad	
Estado	Código postal	Estado	Código Postal
Número de teléfono (indique el código del área)		Número de teléfono (con código del área)	Número de facímile (con código del área)

**SECCIÓN II. INFORMACIÓN FINANCIERA**

Utilice el espacio más abajo para indicar todas sus fuentes de ingresos y la cantidad de ingresos brutos mensuales de cada fuente. Debe adjuntar comprobante de los ingresos indicados más abajo. Adjunte una copia del recibo de su sueldo o beneficios o una copia de su declaración de impuestos o forma W-2 más recientes (o sea la que compruebe de manera precisa sus ingresos actuales) o la determinación de incapacidad de seguro social. El no adjuntar comprobante de sus ingresos puede retrasar o impedir su participación en este programa.

Fuente (Mensual)	Usted	Su cónyuge	Total
Ingresos y salarios brutos			
Ingresos por Incapacidad de Seguro Social (SSDI)			
Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI)			
Dividendos e intereses			
Ingresos fiduciarios/patrimonio, ingreso neto por alquiler, y/o regalía			
Asistencia Pública			
Retiro, anualidad, y/o pensión de veterano			
Compensación por desempleo y/o de trabajo			
Manutención de menores /familias/Pensión Alimenticia			
<b>TOTAL DE TODAS LAS FUENTES</b>			
NUMERO DE MIEMBROS EN SU FAMILIA – Inclúyase a sí mismo, a su cónyuge, y/o a sus dependientes legales			

Si no tiene ingresos, debe indicar la fuente de su manutención (por ejemplo, parientes, amigos). El no proveer esta información puede retrasar la tramitación de la solicitud/re-certificación.

**SECCIÓN III. INFORMACIÓN ACERCA DE COBERTURA DE SEGUROS**

Marque cada categoría que indique su cobertura de seguro de salud. Si ninguna categoría le corresponde, marque "otro" y describa su situación.

- No tengo seguro de salud de ninguna clase
- Cobertura de Medicaid (Title 19, MA, BadgerCare). Incluya número de Medicaid.
- Cobertura de Medicare, Parte A, B o D.
- Wisconsin Health Insurance Risk Sharing Plan (HIRSP) Póliza Médica Mayor.
- Seguro suplementario de HIRSP Medicare
- Seguro suplementario de Medicare (no HIRSP)
- Póliza individual (no HIRSP)
- Póliza de grupo proveída por el empleador
- COBRA o semejante cobertura de continuación
- Seguro dental o cobertura de cuidado dental rutinario mediante mi seguro de salud
- Otro (describa) \_\_\_\_\_

**Información acerca de seguros** (Si usted tiene seguro de salud, por favor complete las siguientes secciones. La mayor parte de esta información se encuentra en su tarjeta de seguro.

Número de la Póliza	Fecha de estar en vigencia de la póliza	Fecha de expiración de la póliza
---------------------	---	----------------------------------

**Información acerca de la Compañía Aseguradora**

Nombre de la Compañía Aseguradora	Teléfono de Servicio al Cliente
Dirección de la Compañía Aseguradora	Ciudad
Estado	Código Postal

**Cobertura de Medicamentos**

¿Tiene esta póliza cobertura de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos dólares co-paga por receta? MARCA REGISTRADA -MEDICAMENTO SIN MARCA	\$nombre de marca \$genérico
¿Cuál es su deducible anual para medicamentos?	\$	¿Cuál es el porcentaje que co-paga por receta?	%
¿Hay desembolsos máximos para medicamentos? Si hay, ¿cuántos?			

**Información acerca del Empleador/Seguro de Grupo**

Nombre del Empleador/Seguro de Grupo

**Número del plan del Empleador/Seguro de Grupo**

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

**Información acerca del tenedor de la póliza** (si no es usted mismo)

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Número de teléfono

Número de Seguro Social (Opcional)

**Información acerca de la Parte D de Medicare** (Si usted tiene cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, por favor complete las siguientes secciones. La mayor parte de esta información se encuentra en su tarjeta de seguro de Parte D de Medicare.

Número de la Póliza	Fecha de estar en vigencia de la póliza	Fecha de expiración de la póliza
---------------------	---	----------------------------------

Nombre del Plan de Parte D

Teléfono de Servicio al Cliente

**Parte D Cobertura de Medicamentos**

¿Cuál es su deducible anual para medicamentos?	\$	¿Cuál es el porcentaje que co-paga o cuántos dólares co-paga por receta?	
--	----	--	--

¿Hay desembolsos máximos para medicamentos? Si hay, ¿cuántos?

**Información acerca del pago de las primas**

Si usted solicita el programa de financiamiento de seguros de salud, complete la siguiente sección acerca del pago de su prima. (Generalmente se pagan las primas directamente a la compañía aseguradora o al ex-empleador. Por favor incluya una copia de su cupón de pago.

Nombre del compañía a quien se escribe el cheque:

Dirección adonde se manda la prima:

Nombre y número de teléfono del individuo que recibe la prima:

Cantidad regular de la prima: \$	La próxima fecha de vencimiento del pago:	La fecha de vencimiento regular del pago:	Se paga la prima: <input type="checkbox"/> cada mes <input type="checkbox"/> cada tres meses
-------------------------------------	---	---	---

Si usted necesita hacer un pago que es diferente de la información arriba, favor de explicar. Provea la información específica acerca del pago. Incluya la cantidad exacta del pago y la fecha de vencimiento.

**NOTE:** Con respecto solo al programa de financiamiento de seguros de salud, si la cantidad de sus ingresos cae entre 201% y 300% del nivel federal de pobreza, tendrá que pagar 3% del costo de la prima anual subsidiada. La prima anual de la póliza se calcula a base del costo anualizado de la primera prima que se vence durante el año de beneficios. Si fuese aplicable, información acerca de su contribución esperada a la prima se le enviará en la carta de aprobación.

**IMPORTANTE:** Si usted recibe COBRA o semejante cobertura de extensión, por favor incluya una copia de la carta de su ex-empleador en la cual se describen sus beneficios de extensión. **O** Si recibe rutinariamente una factura de seguros, por favor mándenos una copia de la factura o cupones de pago de prima.

**PROGRAMAS DE FINANCIAMIENTO DE SEGUROS Y ASISTENCIA FARMACÉUTICA DE SIDA/VIH  
AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

Autorizo que el Departamento de Salud y Servicios de Wisconsin (Wisconsin Department of Health Services – DHS) reciba y revele información médica relativa a mi estado de infección por VIH al personal de DHFS, a la farmacia que he designado, a mi médico, a mi administrador de casos, a mi compañía aseguradora, al personal del Plan de Seguros de Salud de Riesgo Compartido (Health Insurance Risk Sharing Plan – HIRSP) y/o a mi empleador a la medida que fuera necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir beneficios bajo ya sea el Programa de Financiamiento de Seguros de Salud de Wisconsin o el Programa de Asistencia Farmacéutica y para administrar estos programas.

Certifico mediante la presente que toda la información que he proveído en esta solicitud/re-certificación es verídica y completa. Entiendo que puedo perder mi elegibilidad de admisión y que estoy sujeto a posible procesamiento bajo leyes estatales y federales si suministro informaciones falsas.

<b>Firma</b> - Solicitante o Guardián Legal	Fecha de la Firma
---	-------------------

Nombre del Solicitante o del Guardián Legal (en letras de molde)

Devuelva la solicitud/re-certificación completada con comprobante de ingresos en un sobre marcado "CONFIDENTIAL" a:	Division of Public Health Attn: Health Insurance subsidy and Drug Assistance Programs PO Box 2659 Madison, WI 53701-2659 O mande por fax a (608) 266-1288.
---	---