

**PROGRAMAS DE FINANCIAMIENTO DE SEGUROS DE SALUD Y ASISTENCIA
FARMACÉUTICA DE SIDA/VIH
SOLICITUD INICIAL PARTE A – SOLICITANTE**

This form has been renumbered and revised. Please update your link with the following:
<http://dhs.wisconsin.gov/forms/F4/F44614ABS.pdf>

| | | | |
|---|---------------|--|--|
| 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) |

**PROGRAMAS DE FINANCIAMIENTO DE SEGUROS DE SALUD Y ASISTENCIA
 FARMACÉUTICA DE SIDA/VIH**

SOLICITUD INICIAL PARTE A – SOLICITANTE

Antes de completar esta solicitud, 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.) - -

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

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trasgénero | Estado Civil <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 | Veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No Veterano | Raza <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 _____ | Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|--|--|--|--|

Domicilio (Marque la categoría que mejor describe su domicilio actual) Residente de Wisconsin No residente de Wisconsin

Participación Laboral (Marque la categoría que mejor describe su participación actual)

| | | |
|---|--|---|
| <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 | Estado | Código Postal |
| 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 | | | |
| TOTAL DE TODAS LAS FUENTES | | | |
| 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.

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). Si tiene *spenddown* (tipo de deducible variable) de Medicaid, ¿Qué es la cantidad? _____ y la fecha? _____
- Cobertura de Medicare
- 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? | \$ |
| ¿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 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.)

Nombre del departamento o del individuo 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 mensual 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.

○

Si recibe rutinariamente una factura de seguros, por favor mándenos una copia de la factura.

**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 a Familias de Wisconsin (Wisconsin Department of Health Services – (DHS) reciba y revele información médica relativa a mi estado de infección por VIH al personal de DHS, 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 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.

| | |
|---|-------------------|
| Firma - Solicitante o Guardián Legal | Fecha de la Firma |
|---|-------------------|

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

| | |
|-----------------------------------|---|
| Nombre del Administrador de Casos | Nombre de la agencia/Número de Teléfono |
|-----------------------------------|---|

Devuelva la solicitud completada con comprobante de ingresos en un sobre marcado “CONFIDENTIAL” a:

Division of Public Health
Attn: Health Insurance Subsidy and Drug Assistance Programs
P.O. Box 2659
Madison, WI 53701-2659 ○ mande por fax a (608) 266-1288

PROGRAMAS DE FINANCIAMIENTO DE SEGUROS DE SALUD Y ASISTENCIA FARMACÉUTICA DE SIDA/VIH

SOLICITUD PARTE B – SECCIÓN DEL MÉDICO

El Programa SIDA/VIH mantendrá la confidencialidad de toda información proveída en este formulario.

INFORMACIÓN ACERCA DEL SOLICITANTE

| | | | |
|-----------|--------|----------------------------|---------------------|
| Apellido | Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento |
| Dirección | | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal | |

Pruebas Serológicas de Anticuerpos al VIH

| | | | | | |
|---|--|--------------------|--------------------------|--|--------------------|
| Resultados de EIA | <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo | Fecha de la Prueba | Resultados de WB | <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo | Fecha de la Prueba |
| Conteo CD4 más reciente | | Fecha de la Prueba | Carga viral más reciente | | Fecha de la Prueba |
| Si ha sido diagnosticado con SIDA, ¿en qué fecha? | | | | | |

PARTICIPACIÓN LABORAL

Ha tenido este paciente que reducir su horario de trabajo por motivo de una enfermedad o condición médica debida a o relacionada con su infección por VIH? Sí No

Está tomando este paciente ausencia médica por motivo de una enfermedad o condición médica debida a o relacionada con su infección por VIH? Sí No

Ha dejado de trabajar este paciente por motivo de una enfermedad o condición médica debida a o relacionada con su infección por VIH? Sí No

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

| | | |
|---|--|---------------|
| Nombre (en letras de molde o a máquina) | Número de Teléfono (Incluya código del área) | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| Firma – Médico | Fecha de la Firma | |

Devuelva completada la Parte B de la solicitud en un sobre marcado
"CONFIDENTIAL" a:

Division of Public Health
Attn: Health Insurance Subsidy and Drug Assistance Programs
P.O. Box 2659
Madison, WI 53701-2659

O mande por fax a (608) 266-1288