

**VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA Y BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL WISCONSIN  
CHRONIC RENAL DISEASE PROGRAM (PROGRAMA DE ENFERMEDADES RENALES  
CRÓNICAS DE WISCONSIN)**

**(WISCONSIN CHRONIC RENAL DISEASE PROGRAM RESIDENCY AND HEALTH CARE BENEFITS VERIFICATION)**

El Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin, WCDP) requiere la información solicitada en este formulario para determinar la elegibilidad del miembro para otros programas de atención médica. El uso de este formulario es obligatorio si el miembro no puede facilitar una copia de ninguno de los siguientes documentos:

- Una copia del contrato de alquiler O de la factura del impuesto a la propiedad más reciente.
- Una copia de su licencia de conducir de Wisconsin en la que conste su dirección actual O de su documento de identidad del estado en el que conste su dirección actual, O de su identificación de estudiante (solo para solicitantes menores de 19 años).

Este formulario debe rellenarlo y firmarlo un trabajador social del condado o del centro, o un asesor financiero de la clínica de trasplantes. El miembro debe incluir este formulario con su Declaración de necesidad financiera completada si no puede proporcionar una copia de los documentos indicados anteriormente y enviárselos al WCDP. Si no se facilita la información solicitada en este formulario, se le podría denegar la elegibilidad para el WCDP.

**Nota:** Es responsabilidad del miembro asegurarse de que las secciones 1, 2, 5, 6 y 7 de la Declaración de necesidad financiera estén completadas. No envíe la Declaración de necesidad financiera por correo al trabajador social ni al asesor financiero.

Facilitar el Social Security number (número de Seguro Social, SSN) es opcional, pero se recomienda encarecidamente.

La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente con fines administrativos del WCDP.

Comuníquese con su centro de tratamiento si necesita información sobre su trabajador social.

**SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJADOR SOCIAL/ASESOR FINANCIERO**

1. Nombre del trabajador social/asesor financiero	2. Número de teléfono
3. Nombre del centro	
4. Dirección postal del centro	5. Ciudad, estado, código postal

**SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**

6. Nombre del solicitante	7. SSN o número de la tarjeta de identificación del WCDP
---------------------------	--

**SECCIÓN 3. INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE, MEDICAID, BADGERCARE PLUS Y SENIORCARE**

8. ¿Tiene o ha tenido cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de inicio de la Parte A	Fecha de inicio de la Parte B	Fecha de inicio de la Parte D
Fecha de finalización de la Parte A	Fecha de finalización de la Parte B	Fecha de finalización de la Parte D
9. ¿Era elegible para Medicare cuando recibió el trasplante de riñón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		

10. Antes de solicitar el WCDP, la ley de Wisconsin exige que los solicitantes completen primero las solicitudes para otros programas de atención médica si cumplen los requisitos de elegibilidad en función de sus circunstancias financieras y no financieras.  Sí  No  
¿Es elegible actualmente para Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus (Medical Assistance [Asistencia Médica, MA], Título 19 [T-19]) o SeniorCare?  
En caso afirmativo, a continuación, indique su número de identificación de Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare.

11. En caso negativo, ¿ha solicitado alguno de estos programas en el último año?  Sí  No  
En caso afirmativo y si se le ha denegado la elegibilidad para estos programas, explique por qué a continuación.

**SECCIÓN 4. APROBACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL/ASESOR FINANCIERO**

Esta sección debe completarla un trabajador social o asesor financiero del condado o del centro si el solicitante **no** está afiliado a Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare.

12. Según mi leal saber y entender de \_\_\_\_\_, doy fe de que no es elegible para acceder a los programas arriba indicados. En el espacio provisto, explique por qué se denegaría la elegibilidad al solicitante, si corresponde.

Medicaid o BadgerCare Plus

SeniorCare

FIRMA del trabajador social	Nombre del centro	Fecha de la firma
-----------------------------	-------------------	-------------------

El Código Administrativo de Wisconsin § DHS 152.03 (1) (a) especifica que, para ser elegible para el Chronic Renal Disease Program (Programa de Enfermedades Renales Crónicas), el solicitante debe residir en Wisconsin.

Según mi leal saber y entender, doy fe de que \_\_\_\_\_ es residente de Wisconsin. He comprobado que su domicilio está en Wisconsin.

Al firmar a continuación, doy fe de que el miembro es residente de Wisconsin según lo establecido en el Código Administrativo de Wisconsin § DHS 152.02 (25).

FIRMA del trabajador social	Fecha de la firma
-----------------------------	-------------------