

**WISCONSIN ADULT CYSTIC FIBROSIS PROGRAM
(PROGRAMA DE FIBROSIS QUÍSTICA PARA ADULTOS DE WISCONSIN)
VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA Y BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA
(WISCONSIN ADULT CYSTIC FIBROSIS 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 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 documento de identidad del estado en el que conste su dirección actual O identificación escolar (solicitantes menores de 19 años)

Este formulario debe rellenarlo y firmarlo un asistente social del condado o del centro, o un asesor financiero de la clínica. El miembro debe incluir este formulario con su declaración de necesidad económica debidamente completada si no puede proporcionar una copia de los documentos indicados anteriormente y enviarla 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 económica por correo al asistente social o al asesor financiero.

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

La información facilitada 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 asistente social.

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOBRE EL ASISTENTE SOCIAL/ASESOR FINANCIERO

1. Nombre del asistente social/asesor financiero	2. Teléfono del asistente social/asesor financiero
3. Nombre del centro	
4. Dirección postal del centro	5. Ciudad, estado, código postal

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

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

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

8. ¿Tiene o ha tenido cobertura de Medicare? Sí No

En caso afirmativo, indique a continuación sus fechas de elegibilidad para Medicare.

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. 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. ¿Es elegible actualmente para Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus (Asistencia Médica, MA, título 19, T-19) o SeniorCare? Sí No

En caso afirmativo, a continuación indique su número de identificación de Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare.

10. En caso negativo, ¿ha solicitado alguno de estos programas en el último año? Sí No
En caso afirmativo, si se le ha denegado el acceso a estos programas, explique por qué.

SECCIÓN 4. APROBACIÓN DEL ASISTENTE SOCIAL/ASESOR FINANCIERO

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

11. Según mi leal saber, doy fe de que _____ no es elegible para acceder a los programas arriba indicados. En el espacio previsto para ello, explique por qué se denegaría la elegibilidad al solicitante, si corresponde.

Medicaid o BadgerCare Plus

SeniorCare

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

El Código Administrativo de Wisconsin § DHS 154.03 (1) especifica que, para poder acceder al Adult Cystic Fibrosis Program (Programa de Fibrosis Quística para Adultos), el solicitante debe residir en Wisconsin.

A mi leal saber, doy fe de que _____ es residente en Wisconsin. He comprobado que su domicilio está en Wisconsin.

Al firmar este formulario, doy fe de que el miembro es residente en Wisconsin según lo establecido en el Código Administrativo de Wisconsin § DHS 154.02 (16).

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