

**VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA DEL
WISCONSIN HEMOPHILIA HOME CARE PROGRAM (PROGRAMA DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA DE LA HEMOFILIA DE WISCONSIN)
(WISCONSIN HEMOPHILIA HOME CARE PROGRAM RESIDENCY 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. 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).

Si no se facilita la información solicitada en este formulario, se le podría denegar la elegibilidad para el WCDP.

Nota: 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.

INFORMACIÓN DEL ASISTENTE SOCIAL / CONSEJERO FINANCIERO

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

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

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

El Código Administrativo de Wisconsin § DHS 153.03 (1) especifica que, para poder acceder al Hemophilia Home Care Program (Programa de Atención Domiciliaria de la Hemofilia), 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 Wis. Admin. Code § DHS 153.02 (17).

FIRMA del asistente social / Consejero financiero	Fecha de la firma
---	-------------------