

WISCONSIN HEMOPHILIA HOME CARE PROGRAM (PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA HEMOFILIA DE WISCONSIN) INSTRUCCIONES DE SOLICITUD (WISCONSIN HEMOPHILIA HOME CARE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS)

El Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin WCDP) es financiado por el estado y tiene como objetivo el pago de suministros para la atención domiciliar de enfermos renales crónicos y adultos con fibrosis quística y hemofilia. El WCDP se hace cargo de los gastos una vez que se han utilizado todas las demás fuentes de financiación.

No es obligatorio completar esta solicitud. Sin embargo, si no la completa, no será posible determinar su elegibilidad para recibir los beneficios. El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) tiene potestad para recopilar la información de carácter personal necesaria a fin de determinar la continuidad de la elegibilidad y los beneficios del Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin). La información de carácter personal recopilada en esta solicitud solo se usará para determinar la elegibilidad y los beneficios. Es su decisión revelar su social security number (número de Seguro Social); sin embargo, este número es uno de los únicos datos que se usan para identificarlo como persona singular en nuestro sistema de reclamaciones. Los solicitantes que necesiten ayuda para rellenar su solicitud deben ponerse en contacto con el servicio de asistencia social de su centro de tratamiento.

Una vez determinado que un solicitante tiene derecho a recibir beneficios del WCDP, el solicitante recibe una carta de notificación y una tarjeta de identificación del WCDP. Los miembros del WCDP están obligados a informar al WCDP de cualquier cambio relevante, como cambios de domicilio, de elegibilidad, de modalidad de tratamiento, de cobertura de seguro médico, de cobertura de Medicare, una variación de los ingresos superior o inferior al 10 % o un cambio en el número de miembros de la familia. En un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se produzca el cambio, el miembro de WCDP deberá notificarlo por escrito al WCDP. Los miembros del WCDP pueden ser responsables de los deducibles de ingresos, deducibles de hospitalización/servicios ambulatorios, copagos de medicamentos y coseguros.

Instrucciones

Asegúrese de que la impresión sea nítida y siga atentamente estas instrucciones. Las solicitudes incompletas o ilegibles serán devueltas y retrasarán la determinación de su elegibilidad. Si es el representante de un solicitante, facilite la información del solicitante. Guarde una copia de la solicitud completa para su documentación.

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

- Punto 1. Escriba su apellido, nombre e inicial del segundo nombre.
- Punto 2. Ingrese su Social Security Number (número de Seguro Social).
- Punto 3. Indique su dirección postal. Debe indicar su dirección residencial física. No puede indicar un apartado de correos únicamente.
- Punto 4. Indique el número de teléfono de su domicilio, incluido el código de área. Si no tiene teléfono, indique "None" ("Ninguno").
- Punto 5. Indique su ciudad, estado y código postal.
- Punto 6. Indique su condado de residencia.
- Punto 7a. Indique su dirección de correo electrónico (OPCIONAL).
- Punto 7b. Marque si el correo electrónico es su medio de contacto de preferencia.
- Punto 8. Marque "Masculino" o "Femenino".
- Punto 9. Indique su mes, día y año de nacimiento.
- Punto 10. Responda "Sí" si tiene familiares a su cargo que son miembros del Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin). En caso afirmativo, indique el/los nombres y el/los Social Security Number (número/s de Seguro Social) de todos los familiares a su cargo que actualmente son miembros del Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas).

Punto 11. Indique su raza/etnia marcando la casilla correspondiente. Esta información se utilizará únicamente con fines estadísticos.

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN SOBRE RESIDENCIA

Punto 12. Marque “Sí” o “No”. En caso negativo, indique el mes, el día y el año en que se mudó a Wisconsin.

Punto 13a. Los solicitantes mayores de 19 años deben presentar copias de los siguientes documentos:

- Declaración de la renta de Wisconsin del año anterior con todos sus anexos.
- Contrato de alquiler o factura del impuesto a la propiedad más reciente.
- 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.
- Credencial de registro de extranjeros expedida por el INS, si no es ciudadano estadounidense.

Punto 13b. Los solicitantes menores de 19 años deben presentar copias de los siguientes documentos.

- Declaración de la renta de Wisconsin del año anterior de su padre o tutor con todos sus anexos.
- Contrato de alquiler o factura del impuesto a la propiedad más reciente de su padre o tutor.
- 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.
- Credencial de registro de extranjeros expedida por el INS, si no es ciudadano estadounidense.

Punto 14. Si no dispone de estos documentos, explique por qué. Adjunte más páginas si es necesario.

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

Punto 15. Marque “Sí” o “No”.

En caso afirmativo, indique la/s fecha/s de inicio de la Parte A (seguro hospitalario), la Parte B (seguro médico) y la Parte D (medicamentos) de Medicare. Si su cobertura ha finalizado, indique la/s fecha/s de finalización. *Si actualmente tiene cobertura de Medicare, no indique una fecha de finalización de Medicare.* En caso negativo, pase al punto 16.

Punto 16. Marque “Sí” o “No”.

En caso afirmativo, indique su número de identificación de Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare. Wisconsin Medicaid y BadgerCare Plus también pueden denominarse Asistencia Médica, MA, título 19 o T-19.

Punto 17. Si respondió “No” en el punto 16, marque “Sí” o “No” para indicar si ha presentado una solicitud para Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare en el último año.

Si respondió “Sí”, explique por qué se denegó su elegibilidad para Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare.

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. El departamento puede no exigir el requisito a un solicitante que pida una exención por motivos religiosos en virtud del artículo 49.687 (1m) (b) de los estatutos del estado de Wisconsin.

SECCIÓN 4. APROBACIÓN DEL ASISTENTE SOCIAL

Punto 18. Esta sección debe ser completada por un profesional médico que esté involucrado en el cuidado del solicitante si este no ha presentado una solicitud para Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare.

SECCIÓN 5. INFORMACIÓN DEL SEGURO

Punto 19. Marque “Sí” o “No” para indicar si dispone de un seguro privado, colectivo, Health Insurance Risk Sharing Plan (Plan de Seguro de Salud con Riesgo Compartido, HIRSP) u otro tipo de cobertura para gastos médicos. No incluya aquí Medicare, Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus ni el Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin).

En caso afirmativo, complete los puntos 19a a 19o.

a. Indique el nombre de la compañía que le ofrece cobertura médica.

- b. Indique el número de teléfono de la compañía de seguros, incluido el código de área.
- c. Indique el nombre del titular de la póliza.
- d. Indique su relación de parentesco con el titular de la póliza (por ejemplo, esposa, marido, yo mismo).
- e. Indique el número de póliza.
- f. Indique el número de póliza del grupo.
- g. Indique la fecha de inicio de la cobertura.
- h. Indique la fecha de finalización de la cobertura si ya no la tiene. Si la cobertura sigue vigente, deje en blanco la fecha de finalización de la cobertura.
- i-o. Marque “Sí” o “No” para cada pregunta. Consulte su póliza de seguro o comuníquese con su compañía o representante de seguros para obtener más información sobre su cobertura.

Si tiene más de una compañía de seguros, indique el segundo seguro en la casilla “Número de compañía de seguros 2”. En caso necesario, adjunte información adicional sobre sus seguros actuales y pasados de los últimos dos años.

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN FINANCIERA

Punto 20. Indique el número de familiares dependientes; si usted es un familiar dependiente, inclúyase. Incluya a todos los miembros de la familia que puedan ser declarados como dependientes por el solicitante a efectos de la declaración del impuesto federal sobre la renta. Esta información es necesaria para determinar su deducible para el Hemophilia Home Care Program (Programa de Atención Domiciliaria de la Hemofilia).

Punto 21. Indique el promedio de sus ingresos totales completando del punto “a.” al punto “l.” Puede elegir entre completar el promedio de totales mensuales O de totales anuales.

Si completa la columna “Promedio de totales mensuales”, indique los ingresos percibidos durante un mes en el período de 12 meses más reciente. No indique los ingresos mensuales más altos o más bajos, sino un total mensual que refleje un promedio de ingresos. Indique el mes y el año de estos ingresos (por ejemplo, marzo de 2013). Si completa la columna “Totales anuales”, indique los ingresos correspondientes al año más reciente. Indique el año de estos ingresos (por ejemplo, 2013).

- **Si figura como dependiente en la declaración de la renta de otra persona**, indique el total actual de ingresos mensuales o anuales del recibo de sueldo de esa persona e ingrese todos los pagos federales del social security (Seguro Social), dividendos, ingresos por intereses, ingresos de herencias o fideicomisos, ingresos netos por alquileres, regalías, beneficios públicos en efectivo (por ejemplo, pagos W-2), pensiones, rentas vitalicias, beneficios para veteranos, compensación por desempleo, compensación para trabajadores, pagos de manutención, pensión alimenticia, manutención de menores, intereses no gravables y compensación diferida no gravable que reciba esa persona. **Incluya también cualquiera de estos tipos de pagos o ingresos recibidos por usted y todas las personas incluidas en el punto 20.**
- **Si no figura como dependiente en la declaración de la renta de otra persona, pero presenta su propia declaración de la renta y solicita la exención**, indique el total actual de ingresos mensuales o anuales de su recibo de sueldo e ingrese todos los pagos federales del social security (Seguro Social), dividendos, ingresos por intereses, ingresos de herencias o fideicomisos, ingresos netos por alquileres, regalías, beneficios públicos en efectivo (por ejemplo, pagos W-2), pensiones, rentas vitalicias, beneficios para veteranos, compensación por desempleo, compensación para trabajadores, pagos de manutención, pensión alimenticia, manutención de menores, intereses no gravables y compensación diferida no gravable **que reciba usted y todas las personas incluidas en el punto 20.**
- **Si no figura como dependiente en la declaración de la renta de otra persona y tampoco presenta su propia declaración de la renta y solicita la exención**, indique el total actual de

ingresos mensuales o anuales de su recibo de sueldo, todos los pagos federales del social security (Seguro Social), dividendos, ingresos por intereses, ingresos de herencias o fideicomisos, ingresos netos por alquileres, regalías, beneficios públicos en efectivo (por ejemplo, pagos W-2), pensiones, rentas vitalicias, beneficios para veteranos, compensación por desempleo, compensación para trabajadores, pagos de manutención, pensión alimenticia, manutención de menores, intereses no gravables y compensación diferida no gravable **que reciba usted y todas las personas incluidas en el punto 20.**

Punto 21m. Sume los importes de los puntos 21a. a 21l. e indique el total actual de ingresos mensuales o anuales.

Punto 22. Indique si prevé que sus ingresos mensuales vayan a aumentar o disminuir más de un 10 %. Si sus ingresos mensuales o anuales aumentan o disminuyen más de un 10 %, deberá notificar este cambio por escrito al Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin) en un plazo de 30 días.

Punto 23. Si respondió "Sí" en el punto 22, explique por qué.

Punto 24. Indique su renta familiar bruta total en función de la declaración del impuesto sobre la renta de Wisconsin del año pasado. Si no presentó una declaración de la renta estatal, deje este campo en blanco.

SECCIÓN 7. ACUERDO Y FIRMAS

Punto 25. Indique el centro médico en el que realiza el tratamiento.

Punto 26. Introduzca las firmas y la fecha de la firma del solicitante o, si el solicitante es menor de edad, de su representante.

SECCIÓN 8. INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE HEMOFILIA

La sección 8 debe ser completada por el profesional médico correspondiente.

Envíe el formulario completo a:

Wisconsin Chronic Disease Program
Attention: Eligibility Unit
P.O. Box 6410
Madison, WI 53716-0410

Si tiene preguntas sobre cómo rellenar esta solicitud, comuníquese con el servicio de asistencia social de su centro de tratamiento o llame al Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas) al (800) 362-3002.

No se olvide de lo siguiente:

- Firmar la solicitud e incluir la fecha.
- Incluir una copia de la declaración de la renta de Wisconsin del año anterior con todos sus anexos.
- Incluir una copia del contrato de alquiler o factura del impuesto a la propiedad más reciente.
- Incluir 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).
- Incluir una copia de su credencial de registro de extranjeros expedida por el INS, si no es ciudadano estadounidense.

PRECAUCIÓN: Si no rellena completamente su solicitud y no proporciona la documentación solicitada, puede retrasarse la tramitación y la determinación de la elegibilidad.