

**SOLICITUD DEL WISCONSIN HEMOPHILIA HOME CARE PROGRAM (PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA HEMOFILIA DE WISCONSIN)
(WISCONSIN HEMOPHILIA HOME CARE PROGRAM APPLICATION)**

LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES (F-01184A) ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	2. Social Security Number (número de Seguro Social, SSN) (opcional)
3. Dirección del solicitante	4. Número de teléfono del hogar
5. Ciudad, estado, código postal	6. Condado de residencia
7a. Dirección de correo electrónico (opcional, solo se utilizará si hay problemas con la solicitud)	7b. ¿El correo electrónico es su medio de contacto de preferencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	9. Fecha de nacimiento
10. ¿Tiene familiares a su cargo que son miembros del Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el/los nombres y el/los Social Security Number (número/s de Seguro Social, SSN) de todos los familiares a su cargo que son miembros del Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas). Nombre _____ SSN _____ Nombre _____ SSN _____	
11. Raza/etnia (opcional) <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático o nativo de islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano (mexicano, puertorriqueño, cubano o de otra cultura hispana) <input type="checkbox"/> Negro (no hispano) <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)	

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN SOBRE RESIDENCIA

12. ¿Vivió en Wisconsin los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, indique la fecha en la que se mudó a Wisconsin. _____.	
13a. <u>Los solicitantes mayores de 19 años</u> deben presentar copias de los siguientes documentos. <ul style="list-style-type: none">• 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 ISN, si no es ciudadano estadounidense.	13b. <u>Los solicitantes menores de 19 años</u> deben presentar copias de los siguientes documentos. <ul style="list-style-type: none">• 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 ISN, si no es ciudadano estadounidense.

14. Si no dispone de estos documentos, explique por qué.

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

15. ¿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 _____

16. 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, indique su número de identificación de Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare aquí _____.

17. 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

Esta sección debe ser completada por un profesional médico si el solicitante **no** está afiliado a Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare.

18. 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 profesional médico	Nombre del centro	Fecha de la firma
------------------------------	-------------------	-------------------

SECCIÓN 5. INFORMACIÓN DEL SEGURO

19. ¿En los dos últimos años ha tenido o tiene actualmente un seguro de enfermedad privado, colectivo, HIRSP u otro tipo de cobertura para gastos médicos? (No incluya información sobre Medicare, Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare aquí).

Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente información. Si tiene más de una compañía de seguros, indique la segunda en el apartado "Compañía de seguro 2". Si es necesario, adjunte información adicional sobre sus seguros actuales y de los últimos dos años.

Número de compañía de seguros 1		Número de compañía de seguros 2	
a. Nombre de la compañía de seguros	b. Número de teléfono	a. Nombre de la compañía de seguros	b. Número de teléfono
c. Nombre del titular de la póliza	d. Parentesco del titular de la póliza	c. Nombre del titular de la póliza	d. Parentesco del titular de la póliza
e. Número de póliza	f. Número de póliza de grupo	e. Número de póliza	f. Número de póliza de grupo

g. Fecha de inicio de la cobertura	h. Fecha de finalización de la cobertura	g. Fecha de inicio de la cobertura	h. Fecha de finalización de la cobertura
Indique si este seguro cubre estos servicios respondiendo a cada pregunta. Responda cada pregunta.		Indique si este seguro cubre estos servicios respondiendo a cada pregunta. Responda cada pregunta.	
i. Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	i. Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
j. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	j. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
k. Servicios médicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	k. Servicios médicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
l. Servicios de radiología	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	l. Servicios de radiología	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
m. Servicios de laboratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	m. Servicios de laboratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
n. Productos y suministros para la atención domiciliar de la hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	n. Productos y suministros para la atención domiciliar de la hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
o. Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	o. Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN FINANCIERA

20. Indique el número de familiares dependientes; si usted es un familiar dependiente, inclúyase.

21. Indique sus ingresos totales actuales completando del punto "a." al "m.", ya sean los totales mensuales O anuales .	Promedio	
	Totales mensuales	Totales anuales
	20__	20__
	Mes	Año
a. Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.	\$	\$
b. Ingreso neto derivado del trabajo independiente (no agrícola).	\$	\$
c. Ingreso neto derivado del trabajo agrícola independiente.	\$	\$
d. Beneficios del Social Security (Seguro Social) o de la Supplemental Security (Seguridad de Ingreso Suplementario).	\$	\$
e. Ingresos por dividendos e intereses.	\$	\$
f. Total de los ingresos procedentes del patrimonio o fideicomiso, ingresos netos por alquileres y cánones.	\$	\$
g. Beneficios públicos en efectivo (por ejemplo, pagos W-2).	\$	\$
h. Pensiones, anualidades o pensión de veterano.	\$	\$
i. Indemnización por desempleo o indemnización por accidente de trabajo.	\$	\$
j. Manutención, pensión alimenticia o manutención de menores.	\$	\$
k. Intereses no gravables (bonos federales, estatales o municipales).	\$	\$
l. Compensación diferida no gravable.	\$	\$
m. Ingreso total mensual o anual.	\$	\$

22. ¿Espera que estos ingresos varíen significativamente de un mes a otro o en el próximo año? Sí No

23. En caso afirmativo, ¿sus ingresos serán inferiores o superiores al total indicado? Inferiores Superiores
Explique por qué.

24. En la declaración de la renta de Wisconsin del año pasado, ¿cuál fue su renta familiar bruta total antes de impuestos?

SECCIÓN 7. ACUERDO Y FIRMAS PARA LOS SOLICITANTES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA HEMOFILIA

El derecho al reembolso estatal únicamente es posible si así lo certifica el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) (en lo sucesivo, "el Departamento") o su fiscal agent (agente fiscal) después de haberse cumplido las siguientes condiciones: a) la recepción de la solicitud completa, que incluya la verificación por parte del médico director de la participación satisfactoria del miembro en un programa de formación en autoinfusión o atención domiciliaria de la hemofilia y en un programa de mantenimiento, y c) la existencia de un acuerdo por escrito, designado por el Departamento o su fiscal agent (agente fiscal), entre el paciente y un centro de tratamiento integral certificado para el cumplimiento del programa de mantenimiento.

De conformidad con la autoridad de los estatutos 49.685 y 49.687 de Wisconsin y las normas promulgadas en consecuencia, el Departamento o su fiscal agent (agente fiscal) reembolsará, siempre que se cumplan las condiciones mencionadas, a un centro de tratamiento integral de la hemofilia certificado o a un proveedor aprobado, en nombre del miembro, parte del costo de los productos sanguíneos y suministros de infusión para la atención domiciliaria de la hemofilia. Solo se reembolsará un porcentaje del gasto admisible en productos sanguíneos y suministros de infusión para atención domiciliaria que quede después de haber recibido todos los pagos de otros programas estatales, programas federales y coberturas de seguros médicos privados, y tras haber determinado la responsabilidad y las franquicias del miembro. La responsabilidad y las franquicias del miembro se determinarán en función de sus ingresos y del número de integrantes de su familia.

El Código Administrativo de Wisconsin 153 especifica la metodología para el reembolso a los proveedores. **Los gastos que superen lo permitido por el Hemophilia Home Care Program (Programa de Asistencia Domiciliaria para la Hemofilia) son responsabilidad individual del miembro.**

Si no se dispone de ayuda suficiente de otras fuentes, el estado pagará la diferencia entre el costo permitido y la suma del pago recibido y la responsabilidad y los deducibles del miembro. El pago del estado será debidamente reducido si, durante el periodo de vigencia del beneficio, el miembro dispone de un seguro de salud federal, estatal, privado o de otro tipo. El miembro debe informar al Departamento o a su fiscal agent (agente fiscal) de todas sus coberturas de seguro de salud y su fecha de elegibilidad.

El Departamento, el estado de Wisconsin y sus funcionarios o agentes quedan liberados y eximidos de todo tipo de acción y acciones, causas y causas de acciones, juicios, reclamaciones de sumas de dinero, sentencias, reclamaciones y demandas de cualquier tipo en derecho o en equidad que el reclamante, o sus herederos, albaceas o cesionarios puedan tener, o pudieran tener en lo sucesivo, como consecuencia de cualquier lesión o empeoramiento del estado de salud o fallecimiento del miembro a causa del tratamiento de la hemofilia o de la falta de tratamiento.

Con el objetivo de establecer mi elegibilidad para las prestaciones estatales, autorizo al centro médico (25) _____ a divulgar información relativa a mi estado de salud o al pago efectuado por mi atención médica al Hemophilia Home Care Program (Programa de Atención Domiciliaria de la Hemofilia).

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi leal saber. Entiendo que se me denegará el reembolso si oculto información, proporciono información inexacta o me niego a proporcionar información. Autorizo la divulgación al Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin) de cualquier información médica y financiera que sea necesaria para tramitar las reclamaciones y verificar los servicios del programa, incluida la certificación de Asistencia General, Medicaid, BadgerCare Plus o Medicare. Me comprometo a notificar por escrito al Departamento o a su fiscal agent (agente fiscal) en un plazo de 30 días sobre cualquier cambio de nombre, dirección, cobertura de seguro, tamaño de la familia o cambio en los ingresos superior al 10 %. Acepto la responsabilidad de los copagos y deducibles del programa. He leído lo anterior y doy mi consentimiento.

Entiendo que los beneficios otorgados a través del Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin) son elegibles para la recuperación del patrimonio tal como se define en DHS 153.07(5). Entiendo que solo los residentes de Wisconsin son elegibles para el Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas). Al firmar este formulario, doy fe de que soy residente en Wisconsin según lo establecido en DHS 153.02(17).

26. FIRMA del solicitante o, si el solicitante es menor de edad, de su representante

Fecha de la firma

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

La sección 8 debe ser completada por un hematólogo en un centro de tratamiento integral de la hemofilia autorizado.

27. Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	28. Diagnóstico principal del paciente (utilice el código ICD-10-CM)
29. Resultado de la prueba del factor específico de laboratorio	30. Fecha de realización _____
31. Nombre del centro de tratamiento	32. Número de identificación del centro del proveedor para Wisconsin Medicaid o BadgerCare Plus

33. Dirección del centro de tratamiento

Por el presente, certifico que el paciente arriba mencionado está participando debidamente en un programa de formación en autoinfusión o atención domiciliaria de la hemofilia. La fecha de inicio de la participación del paciente fue el (34) _____. Acepto la responsabilidad de revisar el programa de cumplimiento establecido cada seis meses y entiendo que se me puede pedir que verifique que este paciente siga cumpliendo con el programa.

35. FIRMA del director médico	Fecha de la firma
--------------------------------------	-------------------

Envíe la solicitud completa a:
Chronic Disease Program
Attn: Eligibility Unit
P.O. Box 6410
Madison, WI 53716-0410

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA. NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO.