

**SOLICITUD PARA EL WISCONSIN ADULT CYSTIC FIBROSIS PROGRAM  
(PROGRAMA DE FIBROSIS QUÍSTICA PARA ADULTOS DE WISCONSIN)  
(WISCONSIN ADULT CYSTIC FIBROSIS PROGRAM APPLICATION)**

**LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES (F-01185A) 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. Sexo <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 nombre/s y el/los Social Security Number (número/s de Seguro Social, SSN) de todos los familiares a su cargo que también 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 las 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 dos 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"><li>• Declaración de la renta de Wisconsin del año anterior con todos sus anexos</li><li>• Contrato de alquiler o factura del impuesto a la propiedad más reciente</li><li>• 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</li><li>• Credencial de registro de extranjeros expedida por el INS, si no es ciudadano estadounidense</li></ul>	13b. <u>Los solicitantes menores de 19 años</u> deben presentar copias de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Declaración de la renta de Wisconsin del año anterior de su padre o tutor con todos sus anexos</li><li>• Contrato de alquiler o factura del impuesto a la propiedad más reciente de su padre o tutor</li><li>• 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</li><li>• Credencial de registro de extranjeros expedida por el INS, si no es ciudadano estadounidense</li></ul>
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 el asistente social 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 \_\_\_\_\_

<b>FIRMA</b> del asistente social	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, Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare aquí).

Sí  No

En caso afirmativo, complete la siguiente información. 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.

Compañía de seguros 1			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. Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	n. 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 los puntos a. - m., ya sea el <b>total mensual</b> <b>O</b> <b>anual</b> .	Promedio	
	Totales mensuales	<b>O</b> 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	\$	\$
<b>m. Ingreso total mensual <b>O</b> anual</b>	\$	\$

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 SOLICITANTES DEL PROGRAMA DE FIBROSIS QUÍSTICA PARA ADULTOS**

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) tras: a) la determinación de la residencia del miembro en Wisconsin; b) la recepción de la solicitud debidamente completada, incluyendo una declaración del director médico de un centro certificado de tratamiento de la fibrosis quística de Wisconsin en la que conste que padece esta enfermedad; c) la confirmación de que tiene 18 años de edad o más.

De conformidad con la autoridad de los estatutos 49.683 y 49.687 de Wisconsin y las normas promulgadas en virtud de estos, siempre que se cumplan las condiciones mencionadas, el Departamento o su fiscal agent (agente fiscal) reembolsará a proveedores aprobados, en nombre del miembro, parte del costo del tratamiento médico específicamente relacionado con la fibrosis quística. Solo se reembolsará un porcentaje del costo admisible correspondiente a los servicios médicos y medicamentos 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 los deducibles del miembro. La responsabilidad y los deducibles del miembro se determinarán en función de sus ingresos y del número de integrantes de su familia.

El Código Administrativo de Wisconsin 154 especifica la metodología para el reembolso a los proveedores. **Los gastos que superen lo permitido por el Adult Cystic Fibrosis Program (Programa de Fibrosis Quística para Adultos) 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 período 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 de la fibrosis quística, su tratamiento o la falta de este.

**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 Adult Cystic Fibrosis Program (Programa de Fibrosis Quística para Adultos).**

**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, Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, SeniorCare 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 154.07(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 154.02(16).**

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 ADULTO CON FIBROSIS QUÍSTICA**

La sección 8 debe ser completada por el director médico de un centro autorizado para el tratamiento de la fibrosis quística.

27. Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	28. Diagnóstico principal del paciente (utilice el código ICD-10-CM)
29. Fecha en la que se diagnosticó la fibrosis quística al paciente _____	
30. Nombre del centro de tratamiento	31. Número de identificación del centro del proveedor para Wisconsin Medicaid o BadgerCare Plus
32. Dirección del centro de tratamiento	

Certifico que el paciente arriba mencionado ha sido diagnosticado con fibrosis quística.

33. <b>FIRMA</b> del director médico	Fecha de la firma
--------------------------------------	-------------------

Envíe la solicitud completa a: Wisconsin 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.**