

**INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DEL WISCONSIN CHRONIC RENAL DISEASE PROGRAM  
(PROGRAMA DE ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS DE WISCONSIN)  
(WISCONSIN CHRONIC RENAL DISEASE 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 el cuidado domiciliario de enfermos renales crónicos y adultos con fibrosis quística y hemofilia. El WCDP se hace cargo del pago una vez que se han utilizado todas las demás fuentes de pago.

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 autoridad para recopilar la información de identificación personal necesaria para determinar si sigue cumpliendo los requisitos y los beneficios del Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin). La información de carácter personal recogida 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 completar su solicitud deben ponerse en contacto con el trabajador social de su centro de tratamiento.

Cuando se determina que un solicitante es elegible para recibir los beneficios del WCDP, este 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 de más del 10 % o un cambio en el número de integrantes de la familia. En un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se produzca el cambio, el miembro del 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**

Escriba en letra imprenta clara 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 completada 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 prefijo. 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. Indique si es veterano. En caso afirmativo, debe ponerse en contacto con la oficina de servicios para veteranos de su condado para obtener más información sobre cómo obtener beneficios estatales y federales para veteranos.
- Punto 9. Marque "Masculino" o "Femenino".
- Punto 10. Indique su mes, día y año de nacimiento.
- Punto 11. Responda "Sí" si tiene familiares a su cargo que también son miembros del Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin). En caso afirmativo, indique los nombres y el Social Security Number (número de Seguro Social) de todos los familiares a su cargo que actualmente son elegibles para recibir beneficios del Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas).

Punto 12. Indique su raza/etnia marcando la casilla correspondiente. Esta información se utilizará únicamente con fines estadísticos.

Punto 13. Indique su estado médico actual marcando la casilla correspondiente. Esta información se utilizará únicamente con fines estadísticos.

## **SECCIÓN 2. INFORMACIÓN SOBRE RESIDENCIA**

Punto 14. Marque “Sí” o “No”. En caso negativo, indique el mes, el día y el año en que se mudó a Wisconsin.

Punto 15a. Los solicitantes mayores de 19 años deben presentar copias de los siguientes documentos:

- Declaración del impuesto a 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.
- Tarjeta de Medicare, a menos que esté exento.

Punto 15b. Los solicitantes menores de 19 años deben presentar copias de los siguientes documentos:

- Declaración del impuesto a la renta de Wisconsin del año anterior de su padre, madre o tutor con todos sus anexos.
- Contrato de alquiler o factura del impuesto a la propiedad más reciente de su padre, madre 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 16. 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 17. Marque “Sí” o “No”.

En caso afirmativo, indique la fecha 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 fecha de finalización. *Si actualmente tiene cobertura de Medicare, no indique una fecha de finalización de Medicare.* En caso negativo, adjunte la carta de denegación de la Social Security Administration (Administración del Seguro Social) en la que se indique el motivo por el que no es elegible para Medicare y pase al punto 18.

Punto 18. Marque “Sí”, “No” o “N/A” (no aplica).

Punto 19. 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 Medical Assistance (Asistencia Médica, MA), Título 19 o T-19.

Punto 20. Si respondió “No” en el punto 19, marque “Sí” o “No” para indicar si ha presentado una solicitud para Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare en el último año.

En caso afirmativo, explique por qué se denegó su elegibilidad para Wisconsin 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.

## **SECCIÓN 4. APROBACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL**

Punto 21. Esta sección debe completarla el trabajador social del centro de tratamiento si el solicitante no está afiliado a Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus ni SeniorCare.

## **SECCIÓN 5. INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Punto 22. Marque “Sí” o “No” para indicar si dispone de un seguro médico privado o colectivo, un Health Insurance Risk Sharing Plan (Plan de Seguro Médico de Riesgo Compartido, HIRSP) u otro tipo de cobertura para gastos médicos.

No incluya aquí Medicare, Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, SeniorCare ni el Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin).

En caso afirmativo, complete del punto “22a” a “22o”.

- 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 prefijo.
- c. Indique el nombre del titular de la póliza.
- d. Indique su parentesco con el titular de la póliza (por ejemplo, esposa, esposo, yo mismo).
- e. Indique el número de póliza.
- f. Indique el número de póliza colectiva.
- 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 sección “Seguro n.º2”. En caso necesario, adjunte información adicional sobre sus seguros actuales y de los últimos dos años.

- Punto 23. Si está afiliado a Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, SeniorCare o a la Parte D de Medicare, puede omitir esta pregunta y pasar a la pregunta 23. El WCDP está intentando determinar si tiene un seguro que cubra medicamentos que se ajuste a la definición de “cobertura acreditable” de la Parte D de Medicare.
- a. Marque “Sí” o “No”.
  - b. Marque “Sí” o “No”.
  - c. Marque “Sí” o “No”.
  - d. Marque “Sí” o “No”.

## SECCIÓN 6. INFORMACIÓN FINANCIERA

Punto 24. 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 cumplimentación de la declaración del impuesto federal sobre la renta. Esta información es necesaria para determinar su deducible para el Chronic Renal Disease Program (Programa de Enfermedades Renales Crónicas).

Punto 25. 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 del impuesto a 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 Seguro Social, dividendos, ingresos por intereses, ingresos de herencias o fideicomisos, ingresos netos por alquileres, cánones, beneficios públicos en efectivo (por ejemplo, pagos W-2), pensiones, anualidades, beneficios para veteranos, indemnización por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, 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 24.**
- **Si no figura como dependiente en la declaración del impuesto a la renta de otra persona, pero presenta su propia declaración del impuesto a la renta y declara que está exento**, indique el total actual de ingresos mensuales o anuales de su recibo de sueldo e ingrese todos los pagos federales del Seguro Social, dividendos, ingresos por intereses, ingresos de herencias o fideicomisos, ingresos netos por alquileres, cánones, beneficios públicos en efectivo (por ejemplo, pagos W-2), pensiones, anualidades, beneficios para veteranos, indemnización por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, pagos de manutención, pensión alimenticia, manutención

de menores, intereses no gravables y compensación diferida no gravable **que reciban usted y todas las personas incluidas en el punto 24.**

- **Si no figura como dependiente en la declaración del impuesto a la renta de otra persona ni presenta su propia declaración del impuesto a la renta**, indique el total actual de ingresos mensuales o anuales de su recibo de sueldo, todos los pagos federales del Seguro Social, dividendos, ingresos por intereses, ingresos de herencias o fideicomisos, ingresos netos por alquileres, cánones, beneficios públicos en efectivo (por ejemplo, pagos W-2), pensiones, anualidades, beneficios para veteranos, indemnización por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, pagos de manutención, pensión alimenticia, manutención de menores, intereses no gravables y compensación diferida no gravable **que reciban usted y todas las personas incluidas en el punto 24.**

Punto 25m. Sume los importes del punto “25a.” al “25l.” e indique el total actual de ingresos mensuales o anuales.

Punto 26. 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 27. Si respondió “Sí” en el punto 25, explique por qué.

Punto 28. Indique sus ingresos familiares brutos totales en función de la declaración del impuesto sobre la renta de Wisconsin del año pasado. Si no presentó una declaración del impuesto a la renta estatal, deje este campo en blanco.

### **SECCIÓN 7. ACUERDO Y FIRMAS**

Punto 29. Indique el centro médico en el que realiza el tratamiento.

Punto 30. 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 CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

La sección 8 debe completarla un nefrólogo o cirujano de trasplantes en un centro autorizado.

Envíe el formulario completado a la siguiente dirección:

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

Si tiene preguntas sobre cómo rellenar esta solicitud, comuníquese con el trabajador 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 del impuesto a la renta de Wisconsin del año anterior con todos sus anexos.
- Incluir una copia del contrato de alquiler O de la 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 de estudiante (solo para solicitantes menores de 19 años).
- Incluir una copia de su credencial de registro de extranjeros expedida por el INS si no es ciudadano estadounidense.
- Incluir una copia de su tarjeta de Medicare O una copia de la carta de denegación de Medicare de la Social Security Administration (Administración del Seguro Social).

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