

**DECLARACIÓN DE NECESIDAD FINANCIERA DEL WISCONSIN CHRONIC RENAL DISEASE
PROGRAM (PROGRAMA DE ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS DE WISCONSIN)
(WISCONSIN CHRONIC RENAL DISEASE PROGRAM FINANCIAL NEED STATEMENT)**
LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES (F-01189A) 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 postal del solicitante | 4. Número de teléfono del hogar |
| 5. Ciudad, estado, código postal | 6. Condado de residencia |
| 7a. Dirección de correo electrónico (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. ¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 9. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 10. Fecha de nacimiento | |

11. ¿Tiene familiares a su cargo que son miembros del Wisconsin Chronic Disease Program (Programa de Enfermedades Crónicas de Wisconsin, WCDP)? Sí No

En caso positivo, indique los nombres y los SSN de todos los familiares a su cargo que son miembros del WCDP.

| Nombre del familiar a su cargo | SSN o número de la tarjeta de identificación del WCDP |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|
| | |
| | |
| | |

12. 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) | |

13. Estado médico actual

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemodiálisis en el centro | <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal en el centro | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis en casa | Fecha de inicio del estado |
| <input type="checkbox"/> Trasplante | | | |
| <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal en casa o Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (diálisis peritoneal ambulatoria continua, CAPD) | | | |

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN SOBRE RESIDENCIA

14. ¿Vivió en Wisconsin los últimos dos años? Sí No

En caso negativo, indique la fecha en la que se mudó a Wisconsin: _____

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 United States Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos, USCIS) si no es ciudadano estadounidense.
- Tarjeta de Medicare, a menos que esté exento.

Nota: Si no puede presentar ninguno de los siguientes documentos, deberá hacer que el trabajador social, del condado o del centro, o el consejero financiero de la clínica firme la verificación de residencia.

- Una copia del contrato de alquiler o de la 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.

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 de estudiante.
- Credencial de registro de extranjeros expedida por el USCIS si no es ciudadano estadounidense.

Nota: Si no puede presentar ninguno de los siguientes documentos, deberá hacer que el trabajador social, del condado o del centro, o el consejero financiero de la clínica firme la verificación de residencia.

- Una copia del contrato de alquiler o de la 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 de estudiante.

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

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

17. ¿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 |

18. ¿Era elegible para Medicare cuando recibió el trasplante de riñón? Sí No N/A

19. 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 (Medical Assistance [Asistencia Médica, MA], Título 19 [T-19]) o SeniorCare?

En caso afirmativo, a continuación, indique su número de identificación de Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare.

20. En caso negativo, ¿ha solicitado alguno de estos programas en el último año? Sí No

En caso afirmativo, si se le ha denegado la elegibilidad para estos programas, explique por qué.

SECCIÓN 4. APROBACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL / CONSEJERO FINANCIERO

Esta sección debe rellenarla el trabajador social, del condado o del centro, o el consejero financiero si el solicitante **no** está afiliado a Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus o SeniorCare.

21. Según mi leal saber y entender de _____, doy fe de que no es elegible para acceder a los programas arriba indicados. En el espacio provisto a continuación, explique por qué se denegaría la elegibilidad al solicitante, si corresponde.

Medicaid o BadgerCare Plus

SeniorCare

| FIRMA del trabajador social / Consejero financiero | Nombre del centro | Fecha de la firma |
|----------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| | | |

SECCIÓN 5. INFORMACIÓN DEL SEGURO

22. ¿En los dos últimos años ha tenido o tiene actualmente un seguro médico privado o colectivo, el Wisconsin Health Insurance Risk Sharing Plan (Plan de Seguro Médico de Riesgo Compartido de Wisconsin, 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 "Seguro 2". Si es necesario, adjunte información adicional sobre sus seguros actuales y de los últimos dos años.

| Seguro 1 | | Seguro 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 colectiva | e. Número de póliza | f. Número de póliza colectiva |
| 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 los servicios enumerados a continuación.

Indique si este seguro cubre los servicios enumerados a continuación.

| | | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 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. Suministros para diálisis en casa | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | n. Suministros para diálisis en casa | <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 |

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 24. El WCDP debe determinar si tiene un seguro que cubra medicamentos que se ajuste a la definición de "cobertura acreditable" de la Parte D de Medicare. Si tiene actualmente un seguro médico privado, colectivo o de otro tipo que cubra los gastos médicos, ¿hace lo siguiente?

a. Cubre las recetas de medicamentos de marca y genéricos. Sí No

b. Ofrece un acceso razonable a los proveedores minoristas y, opcionalmente, a la cobertura de pedidos por correo. Sí No

c. Paga una media de al menos el 60 % de sus gastos en medicamentos recetados. Sí No

d. Satisface al menos uno de los siguientes criterios:

1. La cobertura de medicamentos recetados no tiene beneficio máximo anual o tiene un beneficio máximo anual pagadero por el plan de al menos \$25,000.
2. La cobertura de medicamentos recetados tiene una expectativa actuarial de que el importe pagadero por el plan será de al menos \$2,000 por beneficiario elegible de Medicare.
3. En el caso de los planes que tienen una cobertura complementaria integrada directamente a través de un plan específico de la Parte D, el plan de salud integrado no tiene más de un deducible de \$250 al año, no tiene un beneficio máximo anual pagadero por el plan de al menos \$25,000 y no tiene menos de \$1,000,000 de beneficios máximos combinados de por vida.

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

25. Indique sus ingresos totales actuales completando los puntos del "a." al "m.", ya sea el **total mensual O anual**.

| | Mes | Año | Año |
|--|-----|-----|-----|
|--|-----|-----|-----|

| | Promedio de los totales mensuales | Totales anuales |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| a. Propinas, salarios, sueldos brutos, 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 Income (Seguridad de Ingreso Suplementario). | \$ | \$ |
| e. Ingresos por dividendos e intereses. | \$ | \$ |
| f. Total de los ingresos procedentes de la herencia o el 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. | \$ | \$ |

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

27. En caso afirmativo, ¿sus ingresos serán inferiores o superiores al total indicado? Sí No
Explique por qué.

28. En la declaración del impuesto a la renta de Wisconsin del año pasado, ¿cuáles fueron sus ingresos familiares brutos totales antes de impuestos? \$

**SECCIÓN 7. ACUERDO Y FIRMAS DE LOS SOLICITANTES DEL CHRONIC RENAL DISEASE PROGRAM
(PROGRAMA DE ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS)**

La elegibilidad para el 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 cumplirse las siguientes condiciones: (a) la determinación de la residencia del miembro en Wisconsin; (b) el pago de las primas de la Parte B de Medicare si es elegible para Medicare; y (c) la recepción de una solicitud cumplimentada, incluida la verificación de que padece una enfermedad renal en etapa final por parte de un nefrólogo o cirujano de trasplantes de un centro autorizado. La enfermedad renal en etapa final se define en el Código Administrativo de Wisconsin, cap. DHS 152, como "la etapa de deterioro renal que es prácticamente irreversible y que requiere tratamiento regular de diálisis o un trasplante de riñón para mantener la vida".

De conformidad con la autoridad de los estatutos §§ 49.68 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) reembolsarán a un centro de diálisis o trasplante autorizado del estado o a un centro de diálisis o trasplante autorizado como tal en un estado contiguo, en nombre del miembro, parte del costo del tratamiento médico relacionado específicamente con la enfermedad renal crónica. Solo se reembolsará la parte 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.

Si no se dispone de ayuda suficiente de otras fuentes, el estado pagará la diferencia entre el costo admisible y la suma del pago recibido y la responsabilidad y los deducibles del miembro. El pago del estado se reducirá debidamente si, durante el período de vigencia del beneficio, el miembro dispone de un seguro médico 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 médico 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 del fallecimiento del miembro a causa de la enfermedad renal crónica, su tratamiento o la falta de este.

Con el objetivo de establecer mi elegibilidad para los beneficios estatales, autorizo al centro médico

(29) _____ a divulgar información relativa a mi estado de salud o al pago efectuado por mi atención médica al Chronic Renal Disease Program (Programa de Enfermedades Renales Crónicas).

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que se me denegará el reembolso si retengo 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, SeniorCare o Medicare. Acepto 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, cantidad de integrantes 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, si no me he sometido a un trasplante de riñón y ya no necesito un tratamiento regular de diálisis para mantener la vida, no seré elegible para los beneficios del Wisconsin Chronic Renal Disease Program (Programa de Enfermedades Renales Crónicas de Wisconsin) a partir de la fecha de mi última diálisis. No seré elegible para recibir los beneficios hasta el momento en que reciba un trasplante de riñón o necesite un tratamiento regular de diálisis para mantener la vida. También entiendo que, si soy elegible para la Parte B de Medicare, debo seguir pagando las primas de la Parte B para seguir siendo elegible para el Chronic Renal Disease Program (Programa de Enfermedades Renales Crónicas).

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 el Código Administrativo de Wisconsin, norma 152.065 (7). 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 de Wisconsin según lo establecido en el Código Administrativo de Wisconsin, norma DHS 152.02 (25).

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| (30) FIRMA del solicitante (o, si el solicitante es menor de edad, de su representante) | Fecha de la firma |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|