

Solicitud o recertificación para el HIV Drug Assistance Program y el Insurance Assistance Program – Parte A

HIV Drug Assistance Program and Insurance Assistance Program Application/Recertification – Part A

<b>Tipo de ayuda</b> <input type="checkbox"/> Ayuda para medicamentos <input type="checkbox"/> Ayuda con el seguro	<b>¿Alguien le ayudó con esta solicitud?</b> <input type="checkbox"/> Sí (por favor especifique): _____ <input type="checkbox"/> No
--	---

Sección I: General

Llene tanto como sea posible.

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aa)
Nombre que usa		Pronombres (él, ella, ellos, etc.)	
La divulgación de su <b>número de Seguro Social (SSN)</b> es voluntaria; sin embargo, la mayoría de las aseguradoras y las farmacias usan el SSN para identificar pólizas y registros. Proporcionar su SSN acelerará la verificación de la cobertura del seguro y el procesamiento de este formulario.			
<b>Idioma que habla</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Idioma que lee</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Dirección

**Adjunte una prueba de dirección.** Cualquier documento utilizado para verificar la residencia en Wisconsin debe estar vigente, tener la fecha como se describe en el documento “Documentos aceptables para prueba de residencia e ingresos”, y no estar vencido. La prueba debe mostrar el nombre del cliente y su dirección actual. No se aceptan documentos de dirección con apartado postal. La prueba debe mostrar una dirección en el estado de Wisconsin.

Dirección		Número de apto.	Dirección postal (si es diferente)		Número de apto.
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	Ciudad	Condado Estado Código postal
Teléfono principal		¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono celular		¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo electrónico			La mejor manera de ponernos en contacto con usted: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico		

**Equipo de atención**

Llene la información sobre el encargado de casos, si tiene uno. Llene la información sobre la farmacia que usa y a qué médico acude.

<b>Nombre del coordinador de servicios</b>		Agencia de coordinación de servicios		
<b>Nombre de la farmacia</b>	Dirección de la farmacia	Ciudad	Estado	Código postal
<b>Nombre del médico</b>	Nombre y dirección de la clínica	Ciudad	Estado	Código postal

**Demografía**

Marque al menos una casilla en cada sección a continuación.

<b>Estado de embarazo</b>	<b>Condición de veterano</b>
<input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> No está embarazada o no aplica	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No es un veterano

Género	Estado civil	Raza		Origen étnico
<input type="checkbox"/> Mujer cis <input type="checkbox"/> Hombre cis <input type="checkbox"/> Género no conforme (GNC) <input type="checkbox"/> Mujer trans <input type="checkbox"/> Hombre trans <input type="checkbox"/> Autodescrito (por favor especifique): _____	<input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viviendo con un compañero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Caucásico (blanco) <input type="checkbox"/> Afroamericano (negro) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Asiático indio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Guamanio o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano o o chicano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro Origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Desconocido

**Sección II: Ingresos**

**Adjuntar pruebas de ingresos.** Todas las fuentes de ingresos contables deben incluirse al determinar la elegibilidad de ingresos de un cliente. Cualquier documento utilizado para verificar los ingresos debe estar vigente y tener fecha como se describe en el documento "Documentos aceptables para prueba de residencia e ingresos". La prueba debe mostrar el nombre del cliente, el nombre del cónyuge u otro miembro del hogar correspondiente.

<b>Empleo</b> (Estado actual del trabajo)	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Desempleado o jubilado
--	---	--	---

Ingresos mensuales	Usted	Su cónyuge	Total
	\$	\$	\$
<b>Si está casado, ¿su cónyuge tiene ingresos?</b>		<input type="checkbox"/> Sí (incluya prueba de ingresos del cónyuge). <input type="checkbox"/> No	
<b>Si no tiene ingresos, ¿quién lo mantiene?</b> Por ejemplo: familiares, amigos, refugio o comunidad.		<b>Cuento con el apoyo de:</b>	

**Tamaño del hogar:** Si el tamaño de su hogar está compuesto por más de una persona, indique a su cónyuge o dependientes legales.

Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	¿Fue declarado en los impuestos?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Sección III. Cobertura

¿Ha solicitado o recibe ayuda de otros programas?

<p><b>BadgerCare</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No. Si no, elija uno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Va a presentar una solicitud cuando cumpla los requisitos.</li> <li><input type="checkbox"/> No cumple los requisitos financieramente.</li> <li><input type="checkbox"/> No cumple los requisitos por otro motivo.</li> <li><input type="checkbox"/> Podría cumplir los requisitos pero se niega a presentar una solicitud*.</li> <li><input type="checkbox"/> Cumple los requisitos pero se niega a presentar una solicitud*.</li> </ul> <p>*Si cumple o podría cumplir los requisitos pero se niega a presentar una solicitud, explique el motivo:</p>
<p><b>Medicare Advantage Plan (Parte C) o Medicare Drug Coverage (Parte D)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No. Si no, elija uno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Va a presentar una solicitud cuando cumpla los requisitos.</li> <li><input type="checkbox"/> La inscripción abierta de Medicare está cerrada.</li> <li><input type="checkbox"/> No cumple los requisitos.</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura.</li> <li><input type="checkbox"/> Podría cumplir los requisitos pero se niega a presentar una solicitud*.</li> <li><input type="checkbox"/> Cumple los requisitos pero se niega a presentar una solicitud*.</li> </ul> <p>*Si cumple o podría cumplir los requisitos pero se niega a presentar una solicitud, explique el motivo:</p>

**Subsidio por bajos ingresos o ayuda adicional para la Parte C o D de Medicare**

- ☐ Sí
- ☐ No. Si no, elija uno:
- ☐ Va a presentar una solicitud cuando cumpla los requisitos.
  - ☐ No cumple los requisitos financieramente.
  - ☐ No cumple los requisitos por otro motivo.
  - ☐ Podría cumplir los requisitos pero se niega a presentar una solicitud\*.
  - ☐ Cumple los requisitos pero se niega a presentar una solicitud\*.
- \*Si cumple o podría cumplir los requisitos pero se niega a presentar una solicitud, explique el motivo:

**Seguro de salud patrocinado por el empleador**

- ☐ Sí
- ☐ No. Si no, elija uno:
- ☐ Va a presentar una solicitud cuando cumpla los requisitos.
  - ☐ El plazo de inscripción para el seguro del trabajo ha finalizado.
  - ☐ No hay seguro disponible a través del trabajo.
  - ☐ No cumple los requisitos por otro motivo.
  - ☐ Podría cumplir los requisitos pero se niega a presentar una solicitud\*.
  - ☐ Cumple los requisitos pero se niega a presentar una solicitud\*.
  - ☐ Desempleado.
- \*Si cumple o podría cumplir los requisitos pero se niega a presentar una solicitud, explique el motivo:

**Seguro privado o comercial (ACA/ Marketplace)**

- ☐ Sí
- ☐ No. Si no, elija uno:
- ☐ Va a presentar una solicitud cuando cumpla los requisitos.
  - ☐ La inscripción abierta de ACA está cerrada o no cumple los requisitos para un período especial de inscripción (SEP).
  - ☐ Podría cumplir los requisitos pero se niega a presentar una solicitud.
  - ☐ Cumple los requisitos pero se niega a presentar una solicitud\*.
  - ☐ No cumple los requisitos por otro motivo\*.
- \*Si cumple o podría cumplir los requisitos pero se niega a presentar una solicitud, explique el motivo:

**Sección IV. Seguro**

¿Qué tipo de seguro tiene? Marque al menos una casilla.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sin seguro médico  | <input type="checkbox"/> Medicare Coverage (Parte A y B)  |
| <input type="checkbox"/> Silver Plan a través del Marketplace (ACA): límite de \$400 por mes después de los créditos fiscales | <input type="checkbox"/> Medicare Parte C (Medicare Advantage) con cobertura de medicamentos: límite de \$125 por mes |
| <input type="checkbox"/> Seguro a través del trabajo  | <input type="checkbox"/> Medicare Parte D (Receta)  |
| <input type="checkbox"/> COBRA  | <input type="checkbox"/> Medicaid Purchase Plan (MAPP)  |
| <input type="checkbox"/> Plan dental: límite de \$60 por mes, solo individual   | <input type="checkbox"/> Medicaid (Medicaid, Title 19, MA)  |
| <input type="checkbox"/> BadgerCare Standard Plan (BCSP)  |   |

**Pago de la prima del seguro**

Llene si tiene que pagar una prima de seguro para HDAP. Adjunte la documentación del seguro si la tiene.

<b>Compañía de seguros</b>			Tipo de plan (Silver, Parte D, dental, etc.)
Dirección postal de pago			
Fecha inicio del plan	Fecha de vencimiento del próximo pago	Cantidad del pago \$	La cantidad de la prima indicada es <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual

<b>Compañía de seguros</b>			Tipo de plan (Silver, Parte D, dental, etc.)
Dirección postal de pago			
Fecha inicio del plan	Fecha de vencimiento del próximo pago	Cantidad del pago \$	La cantidad de la prima indicada es <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual

**El HIV Drug Assistance Program y el Insurance Assistance Program  
Autorización para divulgar información**

Autorizo al Department of Health Services (DHS) de Wisconsin a recibir y divulgar información médica relacionada con mi condición de VIH al personal del DHS, a mi farmacia designada, a mi médico, a mi administrador de casos y/o a mi compañía de seguros privada, según sea necesario, para determinar y mantener mi elegibilidad para los beneficios bajo el HIV Drug Assistance Program o el Insurance Assistance Program y para administrar estos programas. Entiendo que esta información será divulgada confidencialmente a un proveedor externo para el procesamiento de reclamos o los pagos de las primas de seguros y propósitos administrativos.

Entiendo que, si el HDAP/IAP paga a mi seguro y yo recibo un reembolso o rebaja de mi compañía de seguros, que al HDAP/IAP se le deben esos fondos. Al firmar este documento, acepto enviar cualquier reembolso o rebaja a HDAP.

Certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud o recertificación es verdadera y completa. Entiendo que estoy sujeto a la terminación de mi elegibilidad de inscripción y a un posible procesamiento bajo las leyes estatales y federales si esta información es falsa.

<b>Firma del solicitante o tutor</b>		<b>Fecha de firma</b>	
Escriba el nombre del solicitante o tutor			

**Importante: Envíe una prueba de su dirección y una prueba de ingresos junto con este formulario, de lo contrario el formulario será denegado.**

Hay varias formas de enviar los documentos de solicitud. Puede completar su solicitud en nuestro nuevo portal en línea HDAP (HOP) o enviar una copia impresa.

Método	Cómo acceder
En línea	<p>Portal en línea del HDAP (HOP): el HOP se encuentra en <a href="https://hdap.wi.gov/">https://hdap.wi.gov/</a>.</p> <p>Usuarios nuevos: Para acceder al HOP, deberá registrarse y obtener una identificación a través de MyWisconsin ID. Para registrarse en MyWisconsin ID, deberá visitar el siguiente sitio web y seguir las instrucciones: <a href="https://det.wi.gov/Pages/MyWisconsin_ID.aspx">https://det.wi.gov/Pages/MyWisconsin_ID.aspx</a>.</p> <p>Una vez que haya seguido los pasos indicados y haya creado su cuenta en MyWisconsin ID, podrá acceder al portal en línea del HDAP a través del enlace HOP.</p>
En papel	<p>Por correo: Division of Public Health, <b>Attn: HDAP</b>, PO Box 2659, Madison WI 53701</p> <p>Fax: 608-266-1288</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:DHSDPHHDAP@dhs.wisconsin.gov">DHSDPHHDAP@dhs.wisconsin.gov</a></p>

### Lista de verificación de la solicitud

Asegúrese de incluir los siguientes artículos con su solicitud para que pueda ser aceptada:

- ☐ Prueba de ingresos (y prueba de ingresos del cónyuge, si corresponde)
- ☐ Prueba de dirección
- ☐ Nombre e información de contacto
- ☐ Estado civil y otros datos demográficos
- ☐ Información sobre seguros y cobertura, si corresponde
- ☐ Firma y fecha