

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

Sección I: General

Llene lo más posible.

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Nombre que utiliza		Pronombres que utiliza (él, ella, ellos, etc.)	
Número de Seguro Social La divulgación de su número de Seguro Social (SSN) es voluntaria. Sin embargo, la mayoría de las aseguradoras y farmacias utilizan el SSN para identificar las pólizas y los registros. Facilitar su SSN agilizará la verificación de la cobertura de seguro y la tramitación de este formulario.			
Idioma que lee <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		Idioma que habla <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Estado de embarazo <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> No está embarazada o no corresponde		Estatus de veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No es un Veterano	
Residencia (debe vivir en Wisconsin) <input type="checkbox"/> Vivo en Wisconsin <input type="checkbox"/> No vivo en Wisconsin			
Empleo (Estado actual del trabajo) <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado o jubilado			

Dirección

Adjunte un comprobante de dirección. El comprobante debe mostrar su nombre, dirección, ser válido y/o de los últimos 6 meses. Ejemplo: Documento de identidad actual, talón de cheque más reciente, contrato de alquiler o factura actual, carta de beneficios por desempleo o carta de su coordinador de servicios.

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

Equipo de Atención

Llene la información sobre el coordinador de servicios si tiene uno. Llene la información sobre la farmacia que utiliza y el médico al que acude.

Nombre del coordinador de servicios	Agencia del coordinador de servicios			
Nombre de la farmacia	Dirección de la farmacia	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del médico	Nombre y dirección de la clínica	Ciudad	Estado	Código postal

Demografía

Marque al menos una casilla en cada sección de abajo: género, estado civil, raza y origen étnico.

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"/> Guamano o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano 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

Adjunte una prueba de ingresos. El comprobante debe mostrar su nombre y la fecha que sería dentro de los 60 días para los talones de pago y el año en curso para los beneficios. Ejemplo: Copia del (de los) talón(es) de pago, carta de beneficios (desempleo, SSDI/SSI, etc.), W-2 más recientes o carta de su administrador de caso. Si tiene ingresos no salariales, utilice la última declaración de impuestos. Si trabaja por cuenta propia, utilice la última declaración de impuestos y el Anexo C.

Ingresos mensuales	Usted	Su cónyuge	Total
	\$	\$	\$
Si está casado, ¿tiene ingresos su cónyuge?		<input type="checkbox"/> Sí (incluya una prueba de los ingresos del cónyuge). <input type="checkbox"/> No	
Si no tiene ingresos, ¿quién lo mantiene? Ejemplo: Familiares, amigos, refugio o comunidad.		Me mantiene:	

Tamaño del Hogar

Si el tamaño de su familia es de más de una persona, indique su cónyuge o las personas legalmente dependientes. Utilice más papel si es necesario.

Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	¿Lo reclamó 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 está recibiendo ayuda de otros programas?

Medicaid (BadgerCare)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No cumplo los requisitos o no se aplica a mí
Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No cumplo los requisitos o no se aplica a mí
Low Income Subsidy (LIS) o ayuda adicional para la Parte D de Medicare	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No cumplo los requisitos o no se aplica a mí
Seguro de salud patrocinado por el empleador (seguro a través del trabajo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No cumplo los requisitos o no se aplica a mí
Seguro privado o comercial (ACA, Mercado, dental, etcétera).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No cumplo los requisitos o no se aplica a mí

Sección IV. Seguro

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

<input type="checkbox"/> Sin seguro médico	<input type="checkbox"/> Medicare Coverage (Part A/B)
<input type="checkbox"/> Silver plan through marketplace (ACA)	<input type="checkbox"/> Medicare Part C (Medicare Advantage)
<input type="checkbox"/> Seguro a través del trabajo	<input type="checkbox"/> Medicare Part D (Receta)
<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Medicare Supplement – Basic Plan
<input type="checkbox"/> Plan dental	<input type="checkbox"/> Medicaid Purchase Plan (MAPP)
<input type="checkbox"/> BadgerCare Standard Plan (BCSP)	<input type="checkbox"/> Medicaid (Medicaid, Title 19, MA)

Pago de Prima de Seguro

Llene esta parte si tiene una prima de seguro que HDAP debe pagar. Adjunte la documentación del seguro si la tiene. Utilice más papel si es necesario.

Compañía de seguros			Tipo de plan (Silver, Parte D, Dental, etc.)
Dirección donde enviar el pago			
Fecha de inicio del plan	Fecha de vencimiento del próximo pago	Cantidad de pago \$	La cantidad de la prima indicada es por <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Año

Compañía de seguros			Tipo de plan (Silver, Parte D, Dental, etc.)
Dirección donde enviar el pago			
Fecha de inicio del plan	Fecha de vencimiento del próximo pago	Cantidad de pago \$	La cantidad de la prima indicada es por <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Año

**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.

Firma del solicitante o del tutor		Fecha de la firma	
Nombre del solicitante o tutor en letra de molde			

Importante: Envíe un comprobante de su domicilio y de sus ingresos junto con este formulario, de lo contrario no se podrá tramitar.

Envíe el formulario completo y los documentos requeridos marcados como “Confidencial” a:

Envíelo por correo a Division of Public Health, Attn HDAP, PO BOX 2659, Madison WI 53701-2659; o envíelo por fax al 608-266-1288.

Lista de verificación de la solicitud

Asegúrese de que los siguientes estén incluidos en su solicitud para que pueda ser aceptada:

- Comprobante de ingresos (y comprobante de ingresos del cónyuge, si corresponde)
- Comprobante de dirección
- Nombre e información de contacto
- Estado civil y otros datos demográficos
- Información de seguro y cobertura, si corresponde
- Firma y fecha