

Instrucciones: Solicitud o recertificación para el HIV Drug Assistance Program y el Insurance Assistance Program

Instructions: HIV Drug Assistance Program and Insurance Assistance Program Application/Recertification

Las personas que participan en el HIV Drug Assistance Program (HDAP) y el Insurance Assistance Program (IAP) deben recertificarse cada año para permanecer en el programa.

Llenar una solicitud es voluntario, y para ser considerado para el HDAP y el IAP, se debe enviar toda la información. Una solicitud no obtendrá la aprobación definitiva hasta que se envíen y aprueben ambas partes.

La información de identificación personal en el formulario (F-44614A) se utilizará para considerar que reúne los requisitos necesarios para un cliente en el programa y se puede compartir con el personal del Department of Health Services (DHS), la farmacia del cliente, el médico, el coordinador de servicios, la compañía de seguros y el empleador si es necesario. Esta información se comparte de forma confidencial con un proveedor para el procesamiento de reclamaciones. El HIV Program de Wisconsin mantendrá la confidencialidad de toda la información en el formulario. Proporcionar su número de Seguro Social es opcional y puede ser utilizado por los farmacéuticos o las compañías de seguros para identificar pólizas y registros.

Instrucciones para la solicitud

Este formulario pide información general, financiera y sobre seguros, y se debe llenar y enviar al HIV Program de Wisconsin.

Por favor, llene toda la información en cada sección. Envíe un formulario completo junto con las pruebas de residencia e ingresos. Las solicitudes incompletas serán negadas. Si su solicitud es negada por estar incompleta, deberá enviar una nueva solicitud completa con la documentación requerida.

La parte A (F-44614A) la debe llenar el solicitante; en esa parte se solicita información general, financiera y sobre seguros.

La Parte B (F-44614B) la debe llenar y firmar el médico la primera vez que se envía un formulario al HDAP. La Parte B confirma que el solicitante tiene VIH y que está o estará en tratamiento antirretroviral en los próximos 90 días. Sólo necesita enviar la Parte B una sola vez. Puede hallarla en:
<https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-44614b.htm>

Sección I. Información general

Esta sección se debe llenar por completo. Por favor, responda a cada pregunta. **Se requiere prueba de residencia en Wisconsin.**

Sección II. Información financiera

Esta sección se aplica a usted, a sus padres si es menor de edad y a su cónyuge si está casado. La información debe completarse para todas las partes e ingresarse en la línea correspondiente. **Se requiere prueba de ingresos.** Las personas y las familias que superan el 300% del nivel federal de pobreza (FPL) no cumplen los requisitos necesarios. La tabla de límites de ingresos se encuentra en:
<https://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/fpl.htm>.

- Las siguientes personas se tienen en **cuenta para calcular el tamaño del hogar**:
 Cliente; cónyuge del cliente (a menos que esté legalmente separado); hijos del cliente menores de 18 años que el cliente declare dependientes en sus impuestos sobre la renta
- Los ingresos percibidos por las siguientes personas **cuentan como parte de los ingresos del hogar**:

Cliente; cónyuge del cliente (a menos que esté separado legalmente); padres o tutores legales del cliente si el cliente tiene 18 años o más y proporciona su propio seguro médico

Para obtener más información sobre el tamaño del hogar y los ingresos, consulte la sección 4 del Manual de políticas del HDAP de Wisconsin: <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p01771.pdf>.

Sección III. Cobertura

El HDAP debe ser el pagador de último recurso, lo que significa que primero se debe usar otra cobertura. Para asegurarse de que este sea el caso, debe solicitar otra cobertura para la que pueda calificar. Esto puede incluir BadgerCare, cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, subsidio por bajos ingresos o ayuda adicional para la Parte D de Medicare, seguro médico patrocinado por el empleador a través del trabajo o seguro comercial a través de la ley de cuidado de salud asequible (Affordable Care Act).

Sección IV. Información sobre seguros

Marque al menos una casilla que describa su seguro médico actual. Responda a las preguntas sobre cualquier póliza de seguro médico que tenga.

Si desea que el HDAP pague su seguro, pero no envía la información del seguro (costo de la prima mensual, dirección postal para enviar el pago, etc.), los pagos pueden retrasarse y podría perder la cobertura del seguro.

Si un pago vence antes de que usted sea aprobado, debe pagar la prima. De lo contrario, puede perder su seguro. Si el HDAP paga su prima y usted recibe un reembolso o rebaja de su compañía de seguros, debe enviarlo al HDAP.

Autorización para divulgar información o declaración de autenticidad

Usted, un tutor legal o un apoderado que llene el formulario debe firmarlo y fecharlo para demostrar que ha leído la declaración de autorización (Authorization Statement) en su totalidad y que la cumplirá. La firma será válida por un año después de que firme el formulario.

Aprobación del HDAP o IAP

El HDAP o IAP enviará por correo postal o electrónico una carta de aprobación o denegación al cliente y a la farmacia, según sea necesario.

Se requiere presentar una prueba de ingresos y una prueba de residencia junto con el formulario.

La lista completa de documentos aceptables se encuentra en:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p03024.pdf>.

Prueba de ingresos

Todas las fuentes de ingresos cuantificables deben incluirse al determinar si un cliente cumple con los requisitos de ingresos. 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."
- Mostrar el nombre del cliente, el nombre del cónyuge o el nombre de cualquier otro miembro del hogar que corresponda.

Prueba de residencia

Cualquier documento utilizado para verificar la residencia en Wisconsin debe:

- Estar vigente, tener fecha como se describe en el documento de Documentos aceptables para prueba de residencia e ingresos," y no estar vencido.
- Mostrar el nombre del cliente y su dirección actual. No se aceptan documentos de dirección con apartado postal.
- Mostrar una dirección en el estado de Wisconsin.

Ayuda para llenar el formulario

Si tiene preguntas, llame al personal del HDAP al 800-991-5532 o a un coordinador de servicios de la agencia en su área:

Ciudad	Agencia	Número de teléfono
Appleton	Vivent Health	920-733-2068
Beloit	Beloit Area Community Health Center Vivent Health	608-361-0311
Eau Claire	Vivent Health	715-836-7710
Green Bay	Vivent Health	920-437-7400
Kenosha	Vivent Health	262-657-6644
La Crosse	Vivent Health	608-785-9866
Madison	UW HIV Comprehensive Care Program Vivent Health	608-263-0946 608-252-6540
Milwaukee	Diverse & Resilient Froedtert Infectious Disease Clinic Milwaukee Health Services Sixteenth Street Community Health Center Vivent Health	414-390-0444 414-805-6444 414-372-8080 414-672-1353 414-273-1991
Superior	Vivent Health	715-794-4009
Wausau o Schofield	Vivent Health	715-355-6867

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 https://hdap.wi.gov/.</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: https://det.wi.gov/Pages/MyWisconsin_ID.aspx.</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, Attn: HDAP, PO Box 2659, Madison WI 53701</p> <p>Fax: 608-266-1288</p> <p>Correo electrónico: DHSDPHHDAP@dhs.wisconsin.gov</p>