

SOLICITUD O RECERTIFICACIÓN PARA EL AIDS/HIV DRUG ASSISTANCE PROGRAM Y EL INSURANCE ASSISTANCE PROGRAM – PARTE A

AIDS/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 (él/ella/ellos/etc.)	
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: _____	Estatus de veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano	
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 del seguro y la tramitación de este formulario.			- - - - -
Residencia (Debe vivir en Wisconsin)	<input type="checkbox"/> Vivo en Wisconsin	<input type="checkbox"/> No vivo en Wisconsin	
Empleo (Situación laboral actual)	<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 encargado de casos.

Dirección	Número de apto.	Dirección postal (Si es diferente)	Número de apto.
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Teléfono principal		Teléfono celular	
¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿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	

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"/> 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

EQUIPO DE ATENCIÓN Llene la información del administrador de casos si tiene uno. Indique qué farmacia utiliza y a qué médico acude.

Nombre del administrador de casos	Agencia de gestión de casos
--	-----------------------------

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

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 de la familia 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

SECCIÓN III. 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"/> Medicaid (Medicaid, Title 19, MA)
<input type="checkbox"/> Silver plan a través del Marketplace (ACA)	<input type="checkbox"/> Medicare Part C (Medicare Advantage)	<input type="checkbox"/> BadgerCare Standard Plan (BCSP)
<input type="checkbox"/> Seguro a través del trabajo*	<input type="checkbox"/> Medicare Part D (Prescription)	¿Ha presentado su solicitud en los últimos 30 días?
<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Medicare Supplement – Basic Plan	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Plan dental	<input type="checkbox"/> Medicaid Purchase Plan (MAPP)	

*Si tiene un seguro a través del trabajo y le pagamos el costo, envíe sus talones de pago regularmente para el pago.

Pago de la Prima del Seguro Llene si tiene una prima de seguro que deba pagar el ADAP. Adjunte la documentación del seguro si la tiene. Utilice más papel si tiene más pólizas.

Compañía de seguros	Tipo de plan (Silver, Parte D, Dental, etc.)	
Dirección de correo para el pago		
Cantidad del pago	Próxima fecha de vencimiento	La cantidad de la prima indicada corresponde a un <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Año

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

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

Envíe el formulario completo y los documentos requeridos con la indicación "Confidencial" a:

Division of Public Health, Attn ADAP, PO BOX 2659, Madison WI 53701-2659; o fax a 608-266-1288.

Importante: Envíe un comprobante de domicilio y un comprobante de ingresos con este formulario, o no podrá ser tramitado.