

PROGRAMAS DE FINANCIAMIENTO DE SEGUROS DE SALUD Y ASISTENCIA FARMACÉUTICA DE SIDA/VIH RE-CERTIFICACIÓN

Antes de completar esta solicitud, lea el boletín y las instrucciones adjuntos

Indique con "X" los programas que desea solicitar: Financiamiento de Seguros de Salud Asistencia Farmacéutica

SECCION I. INFORMACIÓN GENERAL

Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social (El proveer su Número de Seguro Social (SSN) es de carácter voluntario. No obstante, la mayoría de las compañías aseguradoras y las farmacias utilizan el SSN a fin de identificar sus pólizas y archivos. El proveer su SSN facilita la verificación de su cobertura de seguros y la tramitación de esta solicitud.) □□□□ - □□ - □□□□

Dirección de su casa Dirección de envío (si es diferente)

Ciudad Condado Estado Código Postal Ciudad Condado Estado Código Postal

Número de teléfono en casa (indique el código del área) Número de teléfono alternativo/célula/de trabajo (indique el código del área)

¿Se puede dejar recado en este número? Sí No ¿Se puede dejar recado en este número? Sí No

Sexo	Estado Civil	Veterano	Raza	Etnicidad
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Nunca casado	<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> No Veterano	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> Trásgénero: macho a hembra	<input type="checkbox"/> Divorciado	Embarazo	<input type="checkbox"/> Asiático	Idioma Preferido
<input type="checkbox"/> Trásgénero: hembra a macho	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Embarazada	<input type="checkbox"/> Nativo de Islas Pacíficas/Hawai	<input type="checkbox"/> Inglés
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> No Embarazada	<input type="checkbox"/> Indígena/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Español
	<input type="checkbox"/> Vivo con mi pareja	<input type="checkbox"/> No es sabido	<input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

Domicilio (Adjunte documentación de residencia según las instrucciones) Residente de Wisconsin No residente de Wisconsin

Participación Laboral (Marque la categoría que mejor describe su participación actual)_Marque la caja que indica el estado de empleo

<input type="checkbox"/> Empleo a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Ausencia médica provisional por incapacidad	<input type="checkbox"/> Desempleo por enfermedad
<input type="checkbox"/> Empleo a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Horario de trabajo reducido por enfermedad	<input type="checkbox"/> Desempleo por motivo no médico

Información acerca del médico	Información acerca de la farmacia
Nombre del médico	Nombre de la farmacia
Nombre de la clínica	Nombre de Persona Autorizada
Dirección	Dirección
Ciudad	Ciudad
Estado Código postal	Estado Código Postal
Número de teléfono (indique el código del área)	Número de teléfono (con código del área) Número de facímile (con código del área)

SECCIÓN II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Utilice el espacio más abajo para indicar todas sus fuentes de ingresos y la cantidad de ingresos brutos mensuales de cada fuente. Debe adjuntar comprobante de los ingresos indicados más abajo. Adjunte una copia del recibo de su sueldo o beneficios o una copia de su declaración de impuestos o forma W-2 más recientes (o sea la que compruebe de manera precisa sus ingresos actuales) o la determinación de incapacidad de seguro social. El no adjuntar comprobante de sus ingresos puede retrasar o impedir su participación en este programa.

Fuente (Mensual)	Usted	Su cónyuge	Total
Ingresos y salarios brutos			
Ingresos por Incapacidad de Seguro Social (SSDI)			
Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI)			
Dividendos e intereses			
Ingresos fiduciarios/patrimonio, ingreso neto por alquiler, y/o regalía			
Asistencia Pública			
Retiro, anualidad, y/o pensión de veterano			
Compensación por desempleo y/o de trabajo			
Manutención de menores /familias/Pensión Alimenticia			
TOTAL DE TODAS LAS FUENTES			
NUMERO DE MIEMBROS EN SU FAMILIA – Inclúyase a sí mismo, a su cónyuge, y/o a sus dependientes legales			

Si no tiene ingresos, debe indicar la fuente de su manutención (por ejemplo, parientes, amigos). El no proveer esta información puede retrasar la tramitación de la solicitud.

SECCIÓN III. INFORMACIÓN ACERCA DE COBERTURA DE SEGUROS

Marque cada categoría que indique su cobertura de seguro de salud. Si ninguna categoría le corresponde, marque "otro" y describa su situación.

- No tengo seguro de salud de ninguna clase
- Cobertura de Medicaid (Title 19, MA, BadgerCare). Incluya número de Medicaid.
- Cobertura de Medicare (Parte A/B) Medicare D.
- Wisconsin Health Insurance Risk Sharing Plan (HIRSP) Póliza Médica Mayor.
- Seguro suplementario de HIRSP Medicare
- Seguro suplementario de Medicare (no HIRSP)
- Póliza individual (no HIRSP)
- Póliza de grupo proveída por el empleador
- COBRA o semejante cobertura de continuación
- Seguro dental o cobertura de cuidado dental rutinario mediante mi seguro de salud
- Otro (describa) _____

Información acerca de seguros (Si usted tiene seguro de salud, por favor complete las siguientes secciones. La mayor parte de esta información se encuentra en su tarjeta de seguro.

Número de la Póliza	Fecha de estar en vigencia de la póliza	Fecha de expiración de la póliza
---------------------	---	----------------------------------

Información acerca de la Compañía Aseguradora

Nombre de la Compañía Aseguradora	Teléfono de Servicio al Cliente
Dirección de la Compañía Aseguradora	Ciudad
Estado	Código Postal

Cobertura de Medicamentos

¿Tiene esta póliza cobertura de medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos dólares co-paga por receta? (Marca registrada o medicamento sin marca)	\$ de marca \$genérico
¿Cuál es su deducible anual para medicamentos?	¿Cuál es el porcentaje que co-paga por receta?	%

Información acerca del Empleador/Seguro de Grupo

Nombre del Empleador/Seguro de Grupo	Número del plan del Empleador/Seguro de Grupo		
Dirección	Ciudad Estado		Código Postal

Información acerca del tenedor de la póliza (si no es usted mismo)

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Número de Seguro Social (Opcional)		

Información acerca de la Parte D de Medicare (Si usted tiene cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, por favor complete las siguientes secciones. La mayor parte de esta información se encuentra en su tarjeta de seguro de Parte D de Medicare.

Número de la Póliza	Fecha de estar en vigencia de la póliza	Fecha de expiración de la póliza
Nombre del Plan de Parte D	Teléfono de Servicio al Cliente	

Parte D Cobertura de Medicamentos

¿Cuál es su deducible anual para medicamentos?	¿Cuál es el porcentaje % que co-paga o cuántos dólares co-paga por receta?
¿Hay desembolsos máximos para medicamentos? Si hay, ¿cuántos?	

Información acerca del pago de las primas

Si usted solicita el programa de financiamiento de seguros de salud, complete la siguiente sección acerca del pago de su prima. (Generalmente se pagan las primas directamente a la compañía aseguradora o al ex-empleador. Por favor incluya una copia de su cupón de pago.

Nombre del compañía a quien se escribe el cheque

Dirección adonde se manda la prima

Nombre del individuo que recibe la prima

El número de teléfono del individuo

Cantidad regular de la prima	La próxima fecha de vencimiento del pago	La fecha de vencimiento regular del pago	Se paga la prima: mensual cada tres meses
------------------------------	--	--	---

Si usted necesita hacer un pago que es diferente de la información arriba, favor de explicar. Provea la información específica acerca del pago. Incluya la cantidad exacta del pago y la fecha de vencimiento.

NOTE: Con respecto solo al programa de financiamiento de seguros de salud, si la cantidad de sus ingresos cae entre 201% y 300% del nivel federal de pobreza, tendrá que pagar 3% del costo de la prima anual subsidiada. La prima anual de la póliza se calcula a base del costo anualizado de la primera prima que se vence durante el año de beneficios. Si fuese aplicable, información acerca de su contribución esperada a la prima se le enviará en la carta de aprobación.

IMPORTANTE: Si usted recibe COBRA o semejante cobertura de extensión, por favor incluya una copia de la carta de su ex-empleador en la cual se describen sus beneficios de extensión. **O** Si recibe rutinariamente una factura de seguros, por favor mándenos una copia de la factura o cupones de pago de prima.

**PROGRAMAS DE FINANCIAMIENTO DE SEGUROS Y ASISTENCIA FARMACÉUTICA DE SIDA/VIH
AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

Autorizo que el Departamento de Salud y Servicios de Wisconsin (Wisconsin Department of Health Services – DHS) reciba y revele información médica relativa a mi estado de infección por VIH al personal de DHFS, a la farmacia que he designado, a mi médico, a mi administrador de casos, a mi compañía aseguradora, al personal del Plan de Seguros de Salud de Riesgo Compartido (Health Insurance Risk Sharing Plan – HIRSP) y/o a mi empleador a la medida que fuera necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir beneficios bajo ya sea el Programa de Financiamiento de Seguros de Salud de Wisconsin o el Programa de Asistencia Farmacéutica y para administrar estos programas.

Certifico mediante la presente que toda la información que he proveído en esta solicitud es verídica y completa. Entiendo que puedo perder mi elegibilidad de admisión y que estoy sujeto a posible procesamiento bajo leyes estatales y federales si suministro informaciones falsas.

Firma - Solicitante o Guardián Legal

Fecha de la Firma

Nombre del Solicitante o del Guardián Legal (en letras de molde)

Devuelva la solicitud completada con comprobante de ingresos en un sobre marcado **CONFIDENTIAL** a:

Division of Public Health
Attn: Health Insurance subsidy and Drug Assistance Programs
PO Box 2659
Madison, WI 53701-2659 O mande por fax a (608) 266-1288.

PROGRAMAS DE FINANCIAMIENTO DE SEGUROS DE SALUD Y ASISTENCIA FARMACÉUTICA DE SIDA/VIH

SOLICITUD PARTE B – SECCIÓN DEL MÉDICO

El Programa SIDA/VIH mantendrá la confidencialidad de toda información proveída en este formulario.

INFORMACIÓN ACERCA DEL SOLICITANTE

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	

Pruebas Serológicas de Anticuerpos al VIH

Resultados de EIA	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Fecha de la Prueba	Resultados de WB	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Fecha de la Prueba
Conteo CD4 más reciente		Fecha de la Prueba	Carga viral más reciente		Fecha de la Prueba

Si ha sido diagnosticado con SIDA, ¿en qué fecha?

PARTICIPACIÓN LABORAL

Ha tenido este paciente que reducir su horario de trabajo por motivo de una enfermedad o condición médica debida a o relacionada con su infección por VIH? Sí No

Está tomando este paciente ausencia médica por motivo de una enfermedad o condición médica debida a o relacionada con su infección por VIH? Sí No

Ha dejado de trabajar este paciente por motivo de una enfermedad o condición médica debida a o relacionada con su infección por VIH? Sí No

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre (en letras de molde o a máquina)	Número de Teléfono (Incluya código del área)	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Firma – Médico	Fecha de la Firma	

Devuelva completada la Parte B de la solicitud en un sobre marcado
"CONFIDENTIAL" a:

Division of Public Health
Attn: Health Insurance Subsidy and Drug Assistance Programs
P.O. Box 2659
Madison, WI 53701-2659

O mande por fax a (608) 266-1288