

Instrucciones: Solicitud o Recertificación del 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. La recertificación se hace en abril de cada año.

Llenar una solicitud es voluntario y para ser considerado para el HDAP y el IAP, debe de enviar toda la información. Una solicitud no obtendrá la aprobación final 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. La Communicable Diseases Harm Reduction (CDHR) Section 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 llenar la solicitud

Este formulario pide información general, financiera y sobre seguros, y debe llenarse y enviarse a la Sección CDHR.

Por favor, llene toda la información en cada sección. Envíe un formulario lleno con pruebas de residencia e ingresos. Las solicitudes incompletas serán denegadas. Si su solicitud es denegada por estar incompleta, tendrá que enviar una nueva solicitud llena con la documentación requerida.

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

El campo del género tiene actualizaciones. Cisgénero (abreviado a cis) es un término para las personas cuya identidad de género se alinea con su sexo asignado al nacer. Género no conforme (GNC) en términos generales, "género no conforme" define a las personas que tienen una expresión de género que no se ajusta a las normas de género tradicionales.

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 llenarse para todas las partes y escribirse en la línea correcta. **Se requiere prueba de ingresos. Las personas y las familias que superan el 300% del nivel federal de pobreza (FPL) no reúnen los requisitos necesarios.** La tabla de límites de ingresos se encuentra en: <https://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/fpl.htm>.

- Las siguientes personas **cuentan para el tamaño de la unidad familiar:**
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 recibidos por las siguientes personas **cuentan como ingresos de la unidad familiar:**
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 de la unidad familiar 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 Affordable Care Act.

Sección IV. Información del Seguro

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 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 una carta de aprobación o denegación al cliente y a la farmacia según sea necesario.

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

La lista completa de documentos aceptables se encuentra en: <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p03024.pdf>.

Prueba de ingresos

*Cualquier artículo de esta lista funcionará si el artículo muestra sus **ingresos actuales**:*

- Talón de cheque del empleador (de los últimos 60 días); o los formularios W-2 más recientes; carta de concesión de beneficios del Social Security Administration del año actual; carta del coordinador de servicios con membrete de la agencia que indique sus ingresos
- *Si no tiene ingresos*, envíe una carta de la persona u organización que lo mantiene
- *Si trabaja por cuenta propia y ha declarado impuestos*, envíe el último formulario 1040 del Internal Revenue Service (IRS) y todos los formularios 1040 del Anexo C
- *Si trabaja por cuenta propia y no ha declarado impuestos*, envíe la documentación que muestre los ingresos que recibe y los gastos que incurrió, por ejemplo, un estado de cuenta bancaria actual

Prueba de residencia

Los artículos que figuran a continuación sólo servirán como prueba de residencia actual si: están al día (de los últimos seis meses) y no han caducado; coinciden con su dirección física que aparece en el formulario; y no son un apartado de correos.

*Un artículo de esta lista funcionará si muestra **su nombre y dirección actual**:*

- Licencia de conducir; identificación emitida por el gobierno; talón de cheque más reciente del empleador; factura más reciente a su nombre; carta del coordinador de servicios en papel con membrete de la agencia que indique que ha visitado esa dirección
- *Si no tiene una dirección actual o es una persona sin hogar (homeless)*, puede enviar: una carta de un proveedor de servicios para personas sin hogar (albergue, clínica, programa de alimentos, etc.) que indique que no tiene hogar; una carta del coordinador de servicios con el membrete de la agencia que indique que no tiene hogar y la ciudad donde reside
- *Si se aloja en casa de amigos o familiares*, puede enviar una carta del amigo o familiar que indique que vive en su domicilio y la dirección debe figurar en la carta; una carta de su coordinador de servicios con el membrete de la agencia que indique que han visitado esa dirección
- *Si está en la cárcel*, debe enviar una carta de parte de la enfermera de la cárcel con el membrete de la cárcel que indique que está encarcelado

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	Vivent Health Beloit Area Community Health Center	608-364-4027 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	Vivent Health UW HIV Comprehensive Care Program	608-252-6540 608-263-0946
Milwaukee	Vivent Health Froedtert Infectious Disease Clinic Milwaukee Health Services Sixteenth Street Community Health Center	414-273-1991 414-805-6444 414-372-8080 414-672-1353
Superior	Vivent Health	715-794-4009
Wausau o Schofield	Vivent Health	715-355-6867

Envíe su formulario completo, su prueba de ingresos y de residencia en un sobre marcado como "Confidencial" a:

Division of Public Health
Attn: HDAP
PO Box 2659
Madison, WI 53701-2659

O por fax al 608-266-1288