

**INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD / RE-CERTIFICACION:  
PROGRAMA PARA EL FINANCIAMIENTO DE PRIMAS DE SEGUROS DE SALUD DE SIDA/VIH  
Y  
PROGRAMA DE ASISTENCIA FARMACÉUTICA DE SIDA/VIH**

El completar es de carácter voluntario. No obstante, a fin de determinar elegibilidad al Programa para el Financiamiento de Primas de Seguros de Salud de SIDA/VIH y el Programa de Asistencia Farmacéutica de SIDA/VIH se debe proveer toda la información que se pide en el formulario.

Toda información que pueda conducir a la identificación del solicitante será utilizada para determinar la elegibilidad del mismo y si fuera necesario posiblemente sea pasada al personal del Departamento de Salud y Servicios de Wisconsin (Wisconsin Department of Health Services – DHS), a la farmacia del solicitante, al médico, al administrador de casos, a la compañía de seguros, o a su empleador.

El Programa de SIDA/VIH mantendrá la confidencialidad de toda información indicada en la solicitud / re-certificación. El indicar su número de Seguro Social es de carácter voluntario. Si lo indica, su número posiblemente será utilizado por las farmacias o compañías de seguros a fin de identificar sus pólizas o archivos.

**Instrucciones Para La Solicitud / Re-certificación**

El solicitante debe completar la solicitud/re-certificación la cual incluye información general, financiera, y sobre cobertura de seguro. La solicitud/re-certificación debe ser completada y entregada al Programa SIDA/VIH.

**Asegúrese de proveer la información en todas las secciones del formulario. Si la pregunta no se aplica a usted, coloque una raya en el blanco para la respuesta.**

**SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL**

Se debe completar la sección de información general en su totalidad. Asegúrese de indicar su:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Número de Seguro Social - (El proveer su Número de Seguro Social (SSN) es de carácter voluntario. No obstante, casi todas las compañías de seguros 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 seguro y la tramitación de esta solicitud)
- Dirección de su casa y dirección de envío si es diferente
- Número de teléfono en casa y/o en el trabajo
- Sexo
- Estado civil
- Veterano o no
- Estado de embarazo
- Raza
- Grupo étnico
- Idioma preferido
- Domicilio en Wisconsin (vea la Documentación de Residencia adjuntada)
- Nombre de administrador de casos, Nombre y número de teléfono de agencia
- Participación laboral
- Información del médico - Provea el nombre, la dirección, y el número de teléfono del médico que le está atendiendo para la infección por VIH.
- Información de la farmacia - Provea el nombre, la dirección, y el número de teléfono de su farmacia. Los participantes del Programa de Asistencia Farmacéutica de SIDA/VIH (ADAP) pueden escoger cualquier farmacia con tal de que dicha farmacia acepte las normas de facturación y pagos de ADAP. No obstante, los participantes deben escoger una sola farmacia para llenar sus recetas y, para cambiar de farmacia, deben recibir de antemano la autorización de ADAP. Se hace reembolso para las recetas médicas aprobadas solamente en las farmacias ya autorizadas. ADAP pagará las recetas autorizadas directamente a la farmacia aprobada.

## SECCIÓN II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Esta sección se aplica a usted, a sus padres si es usted menor de edad, y a su cónyuge si es usted casado. La información relativa a cada pregunta debe ser proveída por todas las personas a quienes dicha información se aplicó y colocada en la línea adecuada. El ingreso familiar debe ser calculado de acuerdo a los niveles de ingresos de 2011, los cuales aparecen en la tabla que sigue. Inclúyase a sí mismo, a su cónyuge, y a sus dependientes de acuerdo al número de personas en su familia.

| NIVELES DE INGRESOS 2011         |                          |                |
|----------------------------------|--------------------------|----------------|
| Número de miembros en su familia | Nivel Federal de Pobreza | 300% del Nivel |
| 1                                | \$10,890                 | \$32,670       |
| 2                                | \$14,710                 | \$44,130       |
| 3                                | \$18,530                 | \$55,590       |
| 4                                | \$22,350                 | \$67,050       |
| 5                                | \$26,170                 | \$78,510       |
| 6                                | \$29,990                 | \$89,970       |
| 7                                | \$33,810                 | \$101,430      |
| 8                                | \$37,630                 | \$112,890      |

- Si ha tomado ausencia médica sin ingresos, coloque \$0 para sus ingresos brutos y para su sueldo. No coloque el sueldo regular que usted hubiera recibido antes de su ausencia sin ingresos.
- Si ha dejado de trabajar, coloque solamente los ingresos que ha recibido después de dejar de trabajar. No coloque el sueldo que recibía mientras trabajaba.
- Si ha reducido su horario de trabajo, coloque los ingresos o sueldo que recibe durante ese horario.
- Si ha solicitado Seguro Social y todavía no se le ha otorgado, coloque la palabra *"pending"* (en máquina) en el blanco.
- Si tiene cónyuge, indique sus ingresos o sueldo.
- A fin de comprobar sus ingresos, adjunte ya sea una copia de su declaración de impuestos o forma W-2 o una copia del recibo de su pago o beneficios. Por favor entregue documentación que indique sus ingresos más recientes. **El no incluir esta documentación de su ingreso puede retrasar o impedir su elegibilidad a estos programas.**
- Si ha indicado que no tiene ingresos algunos, describa la fuente de su manutención en el espacio que se encuentra en la parte inferior de la página 2 de la solicitud. **El no indicar alguna fuente de manutención puede retrasar o impedir su elegibilidad a estos programas.**
- Si la cantidad de sus ingresos cae entre 201% y 300% del nivel federal de pobreza, tendrá que pagar 3% del costo anual de las primas del Programa de Financiamiento de Seguros. La prima anual de la póliza se calcula multiplicando por 12 el costo de la primera prima mensual que debe pagar al ser aprobada su solicitud. Por ejemplo, si el costo de su primera prima mensual es \$250, el costo de su prima anualizada será \$3,000 y por consiguiente la cantidad de su contribución será el 3% de \$3,000, o sea \$90. Después de entregar esta solicitud, se le mandará una carta en la cual se indicará su elegibilidad y si tendrá o no que contribuir al costo de la prima. Esta carta indicará la cantidad de su contribución y explicará cómo debe usted entregar su pago si tal pago se requiere.

## SECCIÓN III. INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA DE SEGUROS

Coloque "X" en el cuadro que mejor describe su cobertura médica actual. Responda a las preguntas relativas a cualquier póliza de seguros de salud. Si no sabe la respuesta a estas preguntas, por favor comuníquese con un representante de servicio a clientes de la compañía de seguros o con un administrador de personal de su trabajo anterior.

## AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN/DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Usted, su guardián legal o un poder legal, debe firmar y fechar la solicitud / re-certificación para indicar que se ha leído y cumplida la Declaración de Autorización. Si un administrador de casos ha proveído asistencia en completar la solicitud, el nombre y la agencia de dicho administrador deben ser indicados.

**APROBACIÓN DE LA SOLICITUD / RE-CERTIFICACION POR ADAP**

Notificación por escrito de la aprobación o rechazo de la solicitud / re-certificación se enviará por correo a: la dirección del solicitante que se ha indicado en la sección de Información General; a la farmacia a la dirección indicada en la sección de Información de la Farmacia; y al médico a la dirección indicada en la sección del médico.

**APROBACION DE LA SOLICITUD / RE-CERTIFICACION PARA EL PROGRAMA DE FINANCIAMIENTO DE SEGUROS DE SALUD DE SIDA/VIH**

En cuanto se ha aprobado la solicitud completa, el Programa SIDA/VIH llevará cabo la tramitación necesaria a fin de pagar las primas del seguro de salud del participante. Notificación por escrito de aprobación o de rechazo se enviará por correo a la dirección del participante que se ha indicada en la sección de Información General. SI LA FECHA DE VENCIMIENTO PARA PAGAR SU PRIMA LLEGA ANTES DE QUE USTED RECIBA NOTIFICACION POR ESCRITO DE LA APROBACION DE SU SOLICITUD, USTED ETSA OBLIGADO A PAGAR LA PRIMA. EL NO PAGAR SUS PRIMAS A TIEMPO PUEDE RESULTAR EN LA PERDIDA DE COBERTURA.

**ASISTENCIA EN COMPLETAR LA SOLICITUD / RE-CERTIFICACION**

Si usted tiene preguntas acerca de la información requerida en esta solicitud / re-certificación, llame al Programa SIDA/VIH al 1-800-991-5532. Para recibir asistencia en completar esta solicitud, usted puede comunicarse con el administrador de casos de SIDA/VIH en una de las siguientes organizaciones en su área:

| <b>ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SIDA DE WISCONSIN Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS</b> |   |  |
|---|---|--|
| <b>Ciudad</b>   | <b>Agencia</b>  | <b>Número de Teléfono</b>  |
| Beloit  | AIDS Network  | (608) 364-4027   |
| Eau Claire  | AIDS Resource Center of Wisconsin (ARCW)  | (800) 750-2437   |
| Green Bay   | AIDS Resource Center of Wisconsin (ARCW)  | (800) 675-9400   |
| Janesville  | AIDS Network  | (608) 756-3010   |
| Kenosha   | AIDS Resource Center of Wisconsin (ARCW)  | (800) 924-6601   |
| LaCrosse  | AIDS Resource Center of Wisconsin (ARCW)  | (800) 947-3353   |
| Madison   | AIDS Network  | (800) 486-6276   |
| Milwaukee   | AIDS Resource Center of Wisconsin (ARCW)<br>Healthcare for the Homeless of Milwaukee<br>Milwaukee Health Services<br>Sixteenth Street Community Health Center | (800) 359-9272<br>(414) 374-2400<br>(414) 267-3700<br>(414) 672-1353 |
| Superior  | AIDS Resource Center of Wisconsin (ARCW)  | (877) 242-0282   |
| Wausau/Schofield  | AIDS Resource Center of Wisconsin (ARCW)  | (800) 551-3311   |

Devuelva la solicitud / re-certificación completada y comprobante de ingresos en un sobre marcado **“CONFIDENTIAL”** a:

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

O mande por fax al (608) 266-1288