

VERIFICACIÓN DE SEIS MESES
AIDS/HIV DRUG ASSISTANCE AND INSURANCE ASSISTANCE PROGRAM
HIV DRUG ASSISTANCE AND INSURANCE ASSISTANCE PROGRAM
SIX-MONTH VERIFICATION

Nombre – Apellido, Primer, y Inicial

Dirección

Ciudad, estado, y código postal

Según nuestros registros, usted está inscrito en ADAP y/o IAP. Usted tiene que completar este formulario para continuar recibiendo asistencia. De lo contrario, su cobertura terminará. **Tiene que enviar este formulario antes del 30 de septiembre de 2020.**

LADO A

Al marcar cada artículo a continuación, verifico que cada declaración es cierta.

- Actualmente vivo en el estado de Wisconsin.
- Mi dirección no ha cambiado desde mi última solicitud de ADAP.
- Mi ingreso familiar no ha cambiado desde mi última solicitud de ADAP.
- El tamaño de mi familia no ha cambiado desde mi última solicitud de ADAP.
- Mi situación de seguro no ha cambiado desde mi última solicitud de ADAP.

Si todas las declaraciones anteriores son verdaderas, por favor firme abajo y envíe el formulario.

Si alguna de las afirmaciones anteriores NO es verdadera, complete el LADO B, adjunte los documentos correspondientes y firme abajo.

Por la presente certifico que toda la información que he proporcionado en este formulario de informe es verdadera y completa. Entiendo que estoy sujeto a que se termine mi elegibilidad de inscripción y a posible enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales si esta información es falsa.

FIRMA – Solicitante o guardián legal

Fecha de la firma

Devuelva ambos lados de este formulario en un sobre marcado como "CONFIDENCIAL" a:

Division of Public Health
Attn: ADAP
PO Box 2659
Madison, WI 53701-2659
O por fax al (608) 266-1288

Complete, firme y envíe este formulario antes del 30 de septiembre de 2020.

LADO B

Complete este lado si han habido cambios o si no ha marcado todas las casillas en el Lado A.

DIRECCIÓN

Si se mudó, debe presentar un comprobante de la nueva dirección, como un contrato de arrendamiento, una licencia de conducir actualizada o una factura de servicios públicos a su nombre.

DIRECCIÓN			DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta a la dirección anterior)		
Dirección		Número de apt/unidad	Dirección postal		Número de apt/unidad
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal

Teléfono de casa ()		Teléfono celular ()	
¿Está bien dejar un mensaje en este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está bien dejar un mensaje en este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INGRESOS Y SALARIOS

Marque todas las formas de ingresos que recibe y proporcione pruebas para usted y/o su cónyuge:

- Empleo** - Presente los cheques de pago que usted o su cónyuge recibieron en los últimos 60 días o sus W-2s del año 2019.
- Empleo por cuenta propia** - Envíe sus impuestos más recientes.
- Otros ingresos (seguro social, desempleo, compensación al trabajador, pensión, retiro, pensión alimenticia recibida y/o ingresos de dividendos o intereses)** - Presente la carta de adjudicación, los impuestos o la declaración de beneficios de este año para usted y/o su cónyuge.
- Ningún ingreso** – Díganos cómo recibe apoyo (familiares, amigos, asistencia pública, etc.).

Recibo apoyo de:

Tamaño de la familia	Si el tamaño de su familia ha cambiado, indique la cantidad de personas que viven en su casa, solo inclúyase a usted, su cónyuge y/o dependientes legales.
Seguro	Si su seguro ha cambiado, comuníquese con su administrador de casos y el personal del ADAP para que informe los cambios.

Complete, firme y envíe este formulario antes del 30 de septiembre de 2020.