

HIV Drug Assistance and Insurance Assistance Program (HDAP)
Informe de inscripción en el seguro (IER)

Información de contacto

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento
Nombre del encargado de casos	Agencia encargada de casos	

Sección 1: Información del seguro. Marque al menos una casilla.

Me he inscrito en:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> COBRA Plan | <input type="checkbox"/> Medicare Part C Plan con cobertura de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Dental Plan: Límite mensual de \$60, solo para un individuo | <input type="checkbox"/> Medicare Part D Plan |
| <input type="checkbox"/> Seguro a través del trabajo | <input type="checkbox"/> Medicaid Purchase Plan (MAPP) |
| <input type="checkbox"/> Silver Plan a través del Marketplace: Límite de prima mensual de \$400, después de los créditos fiscales | <input type="checkbox"/> BadgerCare |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones |

Sección 2: Información de la póliza de seguro. Por favor, llene el formulario y adjunte los documentos. Póngase en contacto con su compañía de seguros para obtener esta información.

Importante: Si su plan comienza el 1 de enero, debe llenar y enviar este formulario al HDAP antes de la primera semana de diciembre, o debe realizar su primer pago. Si tiene un plan dental, debe realizar el pago del primer mes.

Información de la póliza de seguro

Compañía de seguros y tipo de plan

Dirección postal donde se envía el pago		Ciudad, estado, código postal
Fecha de inicio de la póliza	Fecha de finalización de la póliza	Número de la póliza
Monto del pago	Fecha de vencimiento (no escriba "lo antes posible")	El pago se hace <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anualmente

Compañía de seguros y tipo de plan

Dirección postal donde se envía el pago		Ciudad, estado, código postal
Fecha de inicio de la póliza	Fecha de finalización de la póliza	Número de la póliza
Monto del pago	Fecha de vencimiento (no escriba "lo antes posible")	El pago se hace <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anualmente

Llene y envíe este formulario al HDAP antes de la primera semana de diciembre.

También puede enviar esta información en línea con el Portal en línea del HDAP (HOP) en hdap.wi.gov.

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

Fax: 608-266-1288
Phone: 800-991-5532
Email: DHSDPHHDAP@dhs.wisconsin.gov