Department of Health Services
Division of Public Health
F-01423S (01/2025)

State of Wisconsin
Phone: 1-800-991-5532
Fax: 608-266-1288

HIV Drug Assistance and Insurance Assistance Program
Informe de Inscripción en el Seguro

Insurance Enrollment Report

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:

- ☐ BadgerCare
- ☐ COBRA Plan
- ☐ Dental Plan
- ☐ Seguro a través del trabajo
- ☐ Silver Plan a través del Marketplace (ACA)
- ☐ Medicare Part C Plan con cobertura de medicamentos
- ☐ Medicare Part D Plan
- ☐ Medicare Supplement Plan
- ☐ Medicaid Purchase Plan (MAPP)
- ☐ Ninguna de las opciones

Sección 2: Información Sobre la Póliza de Seguro
Por favor, complete la información. Es posible que tenga que ponerse en contacto con su compañía de seguros para obtener esta información.

Importante: Adjunte cualquier documento relacionado con su seguro. Puede ser un libro de pagos, una factura o una copia impresa del mercado que muestre los montos de las primas y los créditos fiscales. Use ambas secciones de la póliza si tiene más de un tipo de plan

Información sobre 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 efectúa** ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ 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 efectúa** ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Annualmente

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