

Solicitud para Permanecer en el HIV Drug Assistance Program (HDAP) de Wisconsin y Rechazar Inscripción en un Seguro de Salud

Request to Remain on the Wisconsin HIV Drug Assistance Program (HDAP) and Decline Enrollment in Health Insurance

Sírvase de revisar la siguiente información:

El HIV Drug Assistance Program de Wisconsin es financiado con fondos federales del Ryan White HIV/AIDS Program. La ley federal requiere que todos los fondos procedentes del Ryan White se utilicen como "el pagador de último recurso". Esto significa que si las personas utilizan los servicios del Ryan White (como HDAP) pero son elegibles para un seguro de salud deben inscribirse en el seguro de salud antes de poder utilizar los fondos del Ryan White para asistirlos.

Si usted es elegible para BadgerCare o seguro de salud privado y opta por no inscribirse en esa cobertura, puede haber graves consecuencias.

- El Affordable Care Act (ACA) requiere que todos los estadounidenses tengan seguro de salud o que paguen una multa cuando declaren sus impuestos. La multa aumenta cada año: desde el 2% de los ingresos (o \$325 por adultos, cualquiera que sea mayor) en el año 2015 al 2.5% de los ingresos (o \$695 por adulto) en el año 2016. HDAP no cubre el costo de la multa.
- Algunas personas pueden estar exentas de pagar la multa. Por ejemplo, si usted no hace suficiente dinero para presentar una declaración de impuestos, está exento de la multa. Sin embargo, estar exento de la multa no garantiza automáticamente acceso a medicamentos a través del HDAP. Para seguir recibiendo ayuda del HDAP, debe obtener un certificado de exención del Federal Health Insurance Marketplace o del Internal Revenue Service (IRS) y proporcionar una copia al HDAP.
- Si el HDAP de Wisconsin no tiene fondos suficientes para satisfacer las necesidades del cliente en cualquier momento en el futuro, las personas que se niegan a inscribirse en el seguro de salud para el que son elegibles serán las primeras a quienes se les suspenda o cancele la ayuda que reciben de HDAP.

Coloque sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones para confirmar que ha revisado la información anterior y que entiende las consecuencias de no inscribirse en un seguro de salud para el cual es elegible:

_____ Elijo no inscribirme en Medicaid u otras formas de seguro de salud, aunque entiendo que puedo ser elegible para esta cobertura.

_____ Solicito seguir recibiendo ayuda del HDAP de Wisconsin.

_____ Entiendo que mi negativa a inscribirme en Medicaid u otras formas de seguro de salud podría tener graves consecuencias, incluyendo el pago de una multa al Internal Revenue Service, la cual HDAP no cubrirá.

_____ Estoy de acuerdo en solicitar un certificado de exención del Federal Health Insurance Marketplace y/o del Internal Revenue Service si el HDAP de Wisconsin así lo indica y que debo proporcionar rápidamente una copia de este certificado al HDAP después de obtenerlo. Entiendo que mi falta a solicitar o suministrar una copia de este certificado puede resultar en la cancelación de la asistencia que recibo del HDAP.

_____ Entiendo que mi elección de no inscribirme en un seguro de salud aumenta la probabilidad de que pueda perder mi asistencia de HDAP en algún momento en el futuro.

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Firma – Cliente			Fecha de la firma

Devuelva el formulario al HDAP de Wisconsin por correo o fax

**Dirección de
envío:**

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

**Número de fax: 608-266-1288
Número de teléfono: 1-800-991-5532**