

## SOLICITUD / RECERTIFICACIÓN DEL AIDS/HIV DRUG ASSISTANCE PROGRAM Y EL INSURANCE ASSISTANCE PROGRAM – Parte A

### AIDS/HIV Drug Assistance Program and Insurance Assistance Program Application/Recertification – Part A

SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL					
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento		
<p><b>Número de seguro social</b> (la divulgación de su número de seguro social (SSN) es voluntaria, sin embargo, la mayoría de las aseguradoras y las farmacias usan el SSN para identificar pólizas y registros. Proporcionar su SSN agilizará la verificación de la cobertura del seguro y el procesamiento de esta solicitud / recertificación).</p>					
<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="font-size: 20px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="font-size: 20px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div>					
<b>Información de contacto</b> (Debe adjuntar prueba de residencia para demostrar que vive en la dirección que se indica a continuación.)					
Ejemplos: tarjeta de identificación, talón de cheque más reciente que muestre su dirección, factura más reciente a su nombre, contrato de arrendamiento más reciente o carta de concesión / beneficios por desempleo. También puede enviar una carta de su encargado de casos indicando que ha hecho una visita domiciliaria.					
Dirección postal		N de apto./unidad	Número de teléfono		¿Está bien dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	N de teléfono elular	¿Está bien enviar un mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección postal (si es diferente)		N° de apto./unidad	Dirección de correo electrónico		
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	Nombre de preferencia	Pronombre

Género	Estado civil	Raza (Marque todo lo que corresponda)	Etnia (Marque todas las que correspondan)
<input type="checkbox"/> Cis mujer <input type="checkbox"/> Cis hombre <input type="checkbox"/> No conformidad de género (GNC) <input type="checkbox"/> Trans mujer <input type="checkbox"/> Trans hombre <input type="checkbox"/> Prefiero describirme a mí mismo(a) (por favor especificar): _____	<input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Vive con una pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado (legalmente) <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Caucásico (blanco) <input type="checkbox"/> Afroamericano (negro) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Asiático indio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano o chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino/a o español <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido
Condición de veterano	Idioma de preferencia		
<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No es un veterano	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		

<b>Residencia</b> (Adjunte prueba de dirección)		<b>Manejo de casos</b> (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Residente de Wisconsin	<input type="checkbox"/> No es residente de Wisconsin	Encargado del caso y agencia
<b>Situación laboral</b> (Verifique su situación laboral <i>actual</i> )		
<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Desempleado/Jubilado

<b>SECCIÓN II. INFORMACIÓN FINANCIERA</b> (Adjuntar prueba de ingresos)			
Ingresos mensuales	Propio	Cónyuge	Total
	\$	\$	\$

Envíe una copia de los beneficios más recientes, la carta de beneficios por desempleo, los talones de cheque de pago, una copia de sus formularios W-2 más recientes, una copia de su última declaración de impuestos (si trabaja por cuenta propia o tiene ingresos no salariales) o una copia de su carta de concesión de SSI / SSDI como prueba de sus ingresos actuales.

<b>Si no tiene ingresos, debe indicar cómo se mantiene (es decir, familiares, amigos).</b>	<b>Yo recibo apoyo de</b>
Si está casado, ¿tiene su cónyuge ingresos? En caso afirmativo, incluya prueba de sus ingresos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Tamaño de la familia</b> (si el tamaño de su familia es más de uno, incluya a su cónyuge y / o dependientes legales. Use papel adicional si es necesario).			
Nombre del miembro de familia	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	¿Reclamado en los impuestos?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>SECCIÓN III. INFORMACIÓN DEL SEGURO</b> (Marque todas las casillas que describan su seguro médico.)	
<b>Marque al menos una casilla.</b>	
<input type="checkbox"/> No tiene seguro médico <input type="checkbox"/> Plan Silver a través del marketplace <input type="checkbox"/> Seguro colectivo proporcionado por un empleador* <input type="checkbox"/> Cobertura de Medicare (Parte A/B) <input type="checkbox"/> Medicare Supplement Insurance – Basic Plan <input type="checkbox"/> BadgerCare Standard Plan (BCSP) ¿Ha solicitado BCSP en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cobertura de Medicaid (Medicaid, Title 19, MA) <input type="checkbox"/> Medicaid Purchase Plan (MAPP) <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados) <input type="checkbox"/> Otro _____
* Si tiene seguro a través de su trabajo y le reembolsamos por el costo, envíe sus talones de pago para el reembolso de manera regular.	

**Información sobre el pago de la prima del seguro** (Llene a continuación si tiene un seguro que el ADAP debe pagar.)**Compañía de seguros**

Dirección postal para enviar el pago

**Cantidad del pago****Fecha de vencimiento del pago:****Fecha de vencimiento** Mensual  Trimestral  Anualmente

Información del médico			Información de la farmacia		
Nombre del médico			Nombre de la farmacia		
Clínica			Persona de contacto		
Dirección postal			Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono			Número de teléfono		Número de fax

**AIDS/HIV DRUG ASSISTANCE PROGRAM Y EL INSURANCE ASSISTANCE PROGRAM  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Autorizo al Department of Health Services (DHS) de Wisconsin a recibir y divulgar información médica relacionada con mi estado de VIH al personal del DHS, mi farmacia designada, mi médico, mi encargado de casos y / o mi compañía de seguros privada según sea necesario para determinar y mantener mi elegibilidad para los beneficios bajo el AIDS/HIV Drug Assistance Program y/o el Insurance Assistance Program de Wisconsin y para administrar estos programas. Entiendo que esta información se divulgará de manera confidencial a un proveedor externo para el procesamiento de reclamos y / o pagos de primas de seguros y fines administrativos.

Entiendo que, si el ADAP / IAP paga mi seguro y recibo un reembolso o una rebaja de mi compañía de seguros, esos fondos se adeudan al ADAP / IAP. Al firmar este documento, acepto enviar cualquier reembolso o rebaja al ADAP.

Por la presente certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud / recertificación es verdadera y completa. Entiendo que estoy sujeto a la culminación de mi elegibilidad de inscripción y a un posible enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales si esta información es falsa.

**FIRMA** del solicitante o del tutor

Fecha de la firma

Escriba en letra de molde el nombre del solicitante o del tutor

**Aviso importante:** Si no incluye prueba de su dirección y prueba de ingresos con este formulario, no será procesado.

Envíe el formulario completo y los documentos requeridos en un sobre marcado como "Confidencial" a:

Division of Public Health

Attn: ADAP

PO Box 2659

Madison, WI 53701-2659

**O por** Fax: 608-266-1288