Colorado Department of Public Health and Environment

Formulario de Recertificación del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Colorado – Programa de Asistencia de Seguro Médico

Utilice este formulario para renovar su inscripción en el programa de asistencia de seguro de salud del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Colorado, incluso si su inscripción ha expirado. Por favor, complete toda la información solicitada en este formulario. La legislación federal requiere que el Departamento de Salud Pública y Ambiente de Colorado (CDPHE) revise la elegibilidad del cliente dos veces al año. Este formulario no es opcional. Si no envía este formulario, puede perder su medicación y/o asistencia de seguro de CDPHE y su organización de servicios regionales para el SIDA.

1. Nombre Legal completo (apellido):	(Primer nombre):	(Segundo nombre):	¿Ha cambiado esto desde su última solicitud? Sí ☐ No ☐

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____/_____/_____ (MM/DD/AAAA)

3. ¿Cambió su condición de género desde su última solicitud? (transexual, masculino a femenino, etc.).: ☐ Sí ☐ No
Describa:

4. Verifique si alguno de los siguientes era aplicable para usted:

☐ Me convertí en persona sin hogar
☐ Estuve en una institución (centro de cuidados paliativos, hogar de ancianos, **la cárcel**, etc.)
☐ Me mudé a una vivienda temporal
☐ Estuve fuera del estado durante más de 2 meses

5. ¿Cuál es su actual dirección de **habitación**?

Dirección (**NO** se aceptarán apartados postales)		¿Podemos comunicarnos con usted en esta dirección? ☐ Sí ☐ No	
Ciudad	Condado	COLORADO	Código postal

6. ¿Cuál es su actual dirección **postal**?

Dirección (Se aceptarán apartados postales, pero no fuera de Colorado)		¿Podemos comunicarnos con usted en esta dirección? ☐ Sí ☐ No	
Ciudad	Condado	COLORADO	Código postal

Si se ha mudado en los últimos 6 meses, será necesario que presente documentación de su nueva dirección (contrato de arrendamiento, factura de servicios públicos, estado de cuenta de la persona con la que usted vive, etc.).

7. ¿En qué números de teléfono podamos localizarlo durante horas diurnas?

Número de teléfono ( ) ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Teléfono celular
¿Podemos dejar un mensaje en este teléfono? ☐ Sí ☐No
Número de teléfono ( ) ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Teléfono celular
¿Podemos dejar un mensaje en este teléfono? ☐ Sí ☐No

¿Tiene una dirección de correo electrónico por la que nos comuniquemos con usted? (Por favor, escriba claramente):
_____@_____._____

8. ¿Hay alguien al que pueda llamar nuestro personal si su correo nos es devuelto (o su número de teléfono no funciona)?
☐ SÍ ☐ NO
Nombre: Número de teléfono: ( )

¿Sabe esta persona que usted es VIH positivo? ☐ Sí ☐No

9. ¿De qué agencia recibe los servicios del programa de asistencia de seguro médico?
☐ BCAP Boulder ☐ DCAP Denver ☐ NCAP Fort Collins ☐ S-CAP Colorado Springs ☐West CAP Grand Junction

10. ¿Tiene usted también un Gerente de caso/trabajador social en una organización de servicios de SIDA o clínica médica?
☐ SÍ ☐ NO
En caso afirmativo, indique a continuación:

Nombre _____ Agencia/ Clínica _____

Nombre _____ Agencia/ Clínica _____
Si actualmente no tiene uno, ¿le gustaría que ADAP lo refiera a un gerente de caso o trabajador social?
☐ SÍ ☐ NO

11. ¿Cuál es el estado actual de su relación? ☐ soltero(a) ☐ casado (a) ☐ legalmente separado ☐divorciado
☐ Unión civil de Colorado ☐ casado (a) con una pareja del mismo sexo en un estado donde el matrimonio es reconocido
☐ Otro describa: _____

12. ¿Cuál es su estado actual al presentar sus impuestos? ☐ soltero ☐ casado, presenta impuestos conjuntamente
☐ casado (a), presenta impuestos por separado ☐ No se requiere (ni es elegible) que presente declaración de impuestos
☐ Se me exige que presente declaración de impuestos, pero no lo he hecho

Si la presenta, o tiene la intención de declarar impuestos ¿cuántos dependientes reclama usted? ___ Si es soltero, indique la "1"

13. Si usted es **mujer**, ¿está embarazada?☐ Sí ☐No ☐ no aplica
En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de su parto?_____(Mes)

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN/CONDICIÓN MÉDICA

14. ¿Quién emite actualmente sus recetas de medicamentos para VIH?

15. ¿Cuándo fue su última visita a su médico de VIH? Mes_____ Año_____

16. ¿Alguna vez le ha dicho su médico o un laboratorio que tiene SIDA? ☐ Sí ☐No ☐ No estoy seguro

17. ¿Alguna vez le han dicho que usted tiene Hepatitis C? ☐ Sí ☐No ☐ No estoy seguro

INFORMACIÓN DEL SEGURO

18. ¿Está usted actualmente inscrito en la cobertura de salud de **cualquiera** de los siguientes?

☐ Sí, seguro privado o de un empleador ☐ Sí, Medicaid o Medicare

☐ NO, he perdido mi seguro ☐ Solicité recientemente _____, sin respuesta aún

Si ahora está inscrito en Medicaid, usted puede avanzar al formulario de consentimiento en la página (5) y firmar el formulario.

19. ¿Espera algún cambio en alguno de los siguientes en los próximos 6 meses? Revise cualquier elemento donde usted espere cambios, y la oficina ADAP se comunicará con usted para obtener más información.

☐ Empleo/ingresos ☐ Elegibilidad para Medicaid ☐ Elegibilidad para Medicare

☐ Estado de discapacidad de seguro social ☐ Estado civil ☐ Tamaño de la familia

☐ Elegibilidad para el seguro de salud de cualquier otra fuente (empleador, cónyuge, padre de familia, etc.)

20. Si usted marcó alguno de los cambios en la pregunta 19 anterior, por favor explique:

INFORMACIÓN DE INGRESOS Y EMPLEO

21. ¿Cuál es su condición de empleo actual?

☐ Empleado (por favor incluya recibos de pago de un mes) ☐ Autónomo ☐ Otro (por favor describa):
☐ Desempleado ***Si marca esta casilla, por favor pase a la sección titulada "Declaración de apoyo"***

22. Si TRABAJA PARA ALGUIEN MAS:
¿Cuál es el nombre de su empleador?

¿Cuántas horas a la semana trabaja en promedio?

----------*Con qué frecuencia se le paga*----------

Sueldos y / o propinas antes de los impuestos $_____ ☐ semanal ☐ cada dos semanas ☐ una vez al mes ☐ otro

Si es "Otro", por favor describa. Esto podría incluir trabajo por día, trabajo a destajo o pago por el proyecto/trabajo:
_____

¿Tiene usted algún otro empleo para el cual usted declare ingresos? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, ¿cuánto hace usted por mes antes de impuestos por este trabajo? $_____
(A usted se le puede pedir que proporcione recibos de pago adicionales).

23. Si usted es autónomo:

¿Qué tipo de trabajo realiza?

¿Qué cantidad de ingreso neto espera de su trabajo como autónomo este mes? $_____ *(después del pago de los gastos empresariales)*

24. INGRESO FAMILIAR ADICIONAL (Marque cualquiera que se aplique e indique la cantidad)

Yo recibo:

☐ Ningún ingreso adicional		
☐ Pagos por desempleo	$_____	¿Con qué frecuencia? _____
☐ Ingreso de mi cónyuge legal	$_____	¿Con qué frecuencia? _____
☐ Seguro Social (SSI o SSDI)	$_____	¿Con qué frecuencia? _____
☐ Intereses/dividendos	$_____	¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensión	$_____	¿Con qué frecuencia? _____
☐ Otro (por ejemplo, pensión alimenticia recibida)	$_____	¿Con qué frecuencia? _____

Describa otros ingresos: _____

ADJUNTE LA CONSTANCIA DE INGRESOS:
Debido a los cambios de la ley de atención a un precio asequible, ADAP Colorado espera que todos los clientes que deben presentar una declaración de impuestos federal lo hagan. Si bien se permitirá la certificación de ingreso en el año calendario 2014, usted deberá *adjuntar una copia de una declaración de impuestos a partir de 2015* si usted está legalmente obligado a presentar una. Para la recertificación actual, usted debe adjuntar ya sea una copia de su declaración de impuestos federal o proporcionar documentación del salario bruto que usted recibe durante el período de un mes, tales como recibos de pago. Si su ingreso actual difiere sustancialmente del que aparece en su última declaración de impuesto federal, envíe también los recibos de pago actuales.

Certificación y Autorización de ADAP para Divulgar Información

- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es completa y exacta según mi leal saber y entender.
- **Estoy de acuerdo en notificar, o que mi administrador de casos notifique a CDPHE sobre cualquier circunstancia que afecte mi participación en ADAP, o elegibilidad para ADAP. Tengo entendido que debo notificar a CDPHE sobre cualquier cambio en mi dirección, estado del seguro o cambios de ingresos que excedan el 10% de mi sueldo en un plazo de treinta (30) días. Autorizo además a CDPHE para comunicarse con las personas que figuran como "Contacto de emergencia" en este formulario si CDPHE no ha podido ponerse en contacto conmigo.**
- Entiendo que si no soy exacto ni completo puedo prevenir o retrasar una determinación de elegibilidad para recibir asistencia médica de ADAP.
- Entiendo que, con el propósito de determinar mi elegibilidad para ADAP, el CDPHE, sus contratistas y subcontratistas pueden solicitar más documentación para verificar mi serología positiva de VIH, mi residencia de Colorado y mi información financiera, de empleo o de seguro, según sea necesario.
- Autorizo a mi médico tratante, gerente de caso, otros departamentos y programas del estado de Colorado, y otras fuentes de información para divulgar la información necesaria para completar el proceso de solicitud, para verificar la precisión de cualquier información proporcionada en esta solicitud y para verificar mi elegibilidad continua para ADAP. Autorizo además a la CDPHE a utilizar los datos de registros de salud pública para verificar que padezco de VIH.
- Tengo entendido que la información relacionada con casos de SIDA, enfermedad relacionada con VIH, pruebas de laboratorio, tratamiento o infección con VIH se compartirán, hasta el alcance mínimo necesario para lograr el objetivo de salud pública, entre el departamento de salud local apropiado, la agencia contratada de CDPHE u otra agencia de salud que suministre servicios directos relacionados con VIH, y CDPHE, según lo estipulado por C.R.S. 25-4-1404 (1), (1)(a),(1)(b), (1)(c).
- Entiendo y acepto presentar información periódica en relación con mi elegibilidad continua para ADAP, incluyendo prueba de ingresos, prueba de residencia, cobertura de seguro médico y actualizaciones de formularios proporcionadas por CDPHE. Tengo entendido que los cambios en mi situación se evaluarán para determinar mi elegibilidad continua para ADAP. Se me notificará por escrito si se me va a suspender de ADAP.
- Entiendo que al solicitar seguro, se puede verificar información sobre mi ingreso, residencia legal y otros factores de elegibilidad a través de bases de datos electrónicas situadas en agencias tales como el Servicio de Rentas Internas, la Administración de Seguro Social, el Departamento de Trabajo de Colorado, y otros. Si la información que proporcione no coincide con estas fuentes, se me pedirá que envíe una prueba de mis respuestas.
- Tengo entendido que debo hacer una recertificación para ADAP dos veces por año de manera puntual en mi mes de nacimiento y seis meses después de mi mes de nacimiento.
- Entiendo que mi elegibilidad para ADAP terminará si:
  - No coopero para verificar la información en esta solicitud, o
  - No cumplo con las actividades necesarias para identificar/verificar fuentes posibles de cobertura alterna, o
  - No busco otras formas de cobertura, según las indicaciones de CDPHE, para las cuales puedo calificar, o
  - CDPHE se entera de una tergiversación material, información retenida o fraude documentado, o
  - Ya no me recetan el medicamento calificado.
- Tengo entendido que CDPHE se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar el formulario de solicitud de ADAP.
- Entiendo que mi ayuda a través de todos los programas CDPHE depende de fondos estatales y federales. Este tipo de financiamiento es limitado y puede expirar en cualquier momento sin que haya disponibilidad de fondos extendidos o alternos.
- Tengo entendido que llenar esta solicitud no garantiza que yo califique para este programa.
- Entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia completa si siento que una decisión sobre mi elegibilidad fue injusta o incorrecta o si considero que el personal o contratistas de CDPHE me discriminaron basado en mi edad, raza, grupo étnico, sexo, identidad de género, discapacidad, religión, nacionalidad u orientación sexual.
- Entiendo que, de acuerdo con la ley de inmunidad gubernamental de Colorado, C.R.S. § 24-10-101 y subsiguientes, CDPHE no es responsable por daños relacionados con cualquier lesión que surjan de mi participación en ADAP.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, la divulgación deberá permanecer válida hasta el momento en que informe a ADAP, por escrito, sobre mi deseo de terminar los servicios a través del programa, o hasta que ya no califique para estos servicios, lo que ocurra primero, excepto en la medida en que se hayan tomado esas medidas basado en esta autorización.
- Una copia de esta autorización tiene el mismo efecto que el original.
- *Por favor, tome nota de que su laboratorio informa directamente a CDPHE sobre los resultados de su conteo de CD4 y carga viral. La legislación federal requiere que estos resultados de laboratorio sean reportados a la Administración de Servicios y Recursos de Salud de los Estados Unidos (HRSA). Sin embargo, estos números NO se vincularán a su nombre de ninguna manera; se reportarán a HRSA utilizando únicamente un número de identificación único y anónimo. Si su laboratorio no reporta los resultados de sus pruebas a CDPHE, usted deberá presentar un comprobante por escrito de estos valores.*

POR FAVOR, RECUERDE NOTIFICAR A ADAP SI ALGO CAMBIA EN ESTA SOLICITUD

_____	_____	_____
Nombre del solicitante (letra de molde)	Firma del solicitante o el padre de familia/tutor	Fecha

Envíe esta solicitud a: Programa de tratamiento y atención CDPHE
ADAP-3800, 4300 Cherry Creek Drive South, Denver, CO 80246
Fax: 303-691-7736 Teléfono: 303-692-2716

DECLARACIÓN DE APOYO PARA _____ (NOMBRE DEL SOLICITANTE)

LLENE ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE SI NO PUEDE PROPORCIONAR CONSTANCIA DE RESIDENCIA EN SU NOMBRE O Usted reporta un ingreso familiar de $0

SECCIÓN 1 – SI **ALGUIEN MÁS** LE PROPORCIONA EL APOYO, PÍDALE A ÉL/ELLA QUE LLENE ESTA PARTE DEL FORMULARIO Y PÍDALE A ÉL/ELLA QUE FIRME EN LA SECCIÓN 3.**ESTA PERSONA DEBE PROPORCIONAR PRUEBA DE QUE RESIDE EN LA DIRECCIÓN QUE APARECE.**

Nombre de la persona que le proporciona apoyo:
_____

¿Cuál es su relación con el solicitante?
- ☐ Legalmente casado (a) en el estado de Colorado
- ☐ Pareja de hecho/unión civil/ compañero(a)
- ☐ Su padre/madre (biológico o adoptivo)
- ☐ Su hijo (a) (biológico o adoptivo)
- ☐ Otro pariente (hermano, hermana, tía, tío, cuñado, suegra, etc.)
- ☐ Otro (amigo, vecino, etc.).

Tipo de apoyo proporcionado en forma gratuita o gasto menor (marque todas las respuestas que apliquen):
- ☐ Alojamiento
- ☐ ALIMENTOS
- ☐ Teléfono
- ☐ Otros (describa): _____

¿Qué parte de los últimos 12 meses vivió el solicitante en su casa? _____

En su más reciente Declaración de impuestos de los Estados Unidos, ¿reclama usted al solicitante como dependiente?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No ha presentado una declaración de impuestos de Estados Unidos

Por favor proporcione información de contacto actualizada para que podamos comunicarnos con usted para verificar cualquier información.

Dirección postal: _____
_____

Teléfono diurno (_____) ___ - _____

SECCIÓN 2 – SI USTED TIENE $0 DE INGRESO FAMILIAR Y **NO ESTÁ RECIBIENDO APOYO DE NINGUNA OTRA PERSONA**, LLENE ESTA PARTE DEL FORMULARIO Y FIRME EN LA SECCIÓN 3.

Explique cómo cubrirá los costos de los siguientes:

Vivienda/albergue _____

ALIMENTOS _____
_____

Transporte _____
_____

Teléfono _____
_____

Servicios públicos _____

Otros
(cigarrillos, etc.) _____

Si usted vive de los ahorros, por favor proporcione un estado de cuenta bancaria o describa por qué dicha documentación no está disponible (por ejemplo, sus ahorros son en forma de efectivo o una tarjeta de crédito recargable):

_____

_____

_____

Sección 3 – Firma legalmente vinculante

Al firmar a continuación, afirmo que el contenido de este formulario es completo y exacto, según mi leal saber y entender. ***Reconozco que la tergiversación intencional en este formulario puede constituir un intento de defraudar al estado de Colorado, que podría dar como resultado graves sanciones penales y civiles****. Autorizo al estado de Colorado a ponerse en contacto conmigo y llevar a cabo otras investigaciones necesarias para verificar la precisión de las declaraciones hechas en este formulario.*

_____	_____	_____
Firma del proveedor de apoyo	Firma del solicitante	Fecha