



Formulario de recertificación (HMAP) del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de Colorado



Utilice este formulario para renovar su afiliación con el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), que incluye la asistencia de medicamentos, asistencia de seguro de salud, seguro de salud complementario (Supplemental Wrap Around) y Cerrando la brecha (Bridging the Gap), Colorado. Utilice este formulario 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 devuelve este formulario, puede perder su medicación y/o asistencia de seguro del 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 recertificación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	------------------	-------------------	---

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

3. ¿Cambió la condición de su género desde su última recertificación? (transexual, masculino a femenino, etc.):
 Sí No Si respondió Sí, describa:

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

<input type="checkbox"/> Me convertí en persona sin hogar	<input type="checkbox"/> Estuve en una institución (centro de cuidados paliativos, hogar de ancianos, la cárcel, etc.)
<input type="checkbox"/> Me mudé a una vivienda temporal	<input type="checkbox"/> Estuve fuera del estado durante más de 2 meses
<input type="checkbox"/> Me mudé a una vivienda permanente	

5. ¿Cuál es su actual dirección de residencia?

Dirección (NO se aceptarán apartados postales)		¿Podemos comunicarnos con usted en esta dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ciudad	Condado	COLORADO	Código postal

Ciudad	Condado	COLORADO	Código postal
--------	---------	----------	---------------

¿No está inscrito en Medicaid? – Adjunte constancia de su dirección residencial, como una copia de su identificación estatal. Consulte las instrucciones para los tipos de prueba aceptado por ADAP. Si no puede proporcionar constancia en su nombre, llene la Declaración de apoyo que se encuentra en la página 6 y adjunte un comprobante de domicilio de la persona con quien vive, como una copia de su identificación estatal.

¿Inscrito en Medicaid? – Medicaid verificará su dirección, así que no hay documentación adicional necesaria.

6. ¿Cuál es su actual dirección postal?

Dirección (Se aceptarán apartados postales, pero no fuera de Colorado)		¿Podemos comunicarnos con usted en esta dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ciudad	Condado	COLORADO	Código postal

Ciudad	Condado	COLORADO	Código postal
--------	---------	----------	---------------

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

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 podamos comunicar con usted? (Letra de molde 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. ¿Tiene también un administrador 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

10. ¿Cuál es el estado actual de su relación? soltero(a) casado (a) legalmente separado divorciado
 unión libre de Colorado casado (a) con una pareja del mismo sexo en un estado donde el matrimonio es reconocido
 otro Describa: _____

11. Tamaño de la familia

¿Presentó una declaración de impuestos en los últimos 12 meses? Sí No

Si la respuesta es **Sí**, ¿cuántos dependientes reclama en la declaración de impuestos (casilla 6d en el formulario 1040, o "1" si presentó formulario EZ)? _____

Si la respuesta es **No**, marque si alguno de los siguientes viven en su casa:

un cónyuge

sus hijos (por nacimiento, matrimonio o adopción legal) menores de 19 años ¿cuántos? _____

¿Están siendo reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien más? Sí No

¿Algunos de sus hijos son reclamados como dependientes en la declaración de impuestos de alguien más? Sí No

12. Si es **mujer**, ¿está embarazada? Sí No No aplica

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de su parto? _____ (Mes)

13. ¿Cuál es su número de Seguro Social (si tiene uno)? _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN/ CONDICIÓN MÉDICA /

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

15. ¿Dónde surte sus recetas de medicamentos de VIH?

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 tiene Hepatitis C? Sí No No estoy seguro

¿En caso afirmativo, puede un Administrador de caso del personal de CDPHE llamarle para hablar con usted acerca de los servicios de apoyo relacionados con la Hepatitis C? Sí No

INFORMACIÓN DEL SEGURO

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

Seguro privado Seguro basado en el empleador Medicaid Medicare

He perdido mi seguro médico / no estoy actualmente inscrito en un seguro

No soy elegible para ninguna forma de seguro médico

Mi empleador ofrece seguro, pero no estoy inscrito

Solicité recientemente _____, sin respuesta aún

INFORMACIÓN DE INGRESOS Y EMPLEO

19. ¿Cuál es su condición de empleo actual?

- Empleado por: _____ y trabajando ___ horas por semana
 Trabajador por cuenta propia Discapacitado Retirado Desempleado
 Otro (por favor describa): _____

20. INGRESO FAMILIAR

Por favor utilice las tablas a continuación para describir los ingresos totales mensuales de su grupo familiar. Por favor **proporcione su ingreso bruto mensual (antes de las deducciones) en lugar de su ingreso neto**, obtenido por usted u otro miembro de su grupo familiar. Sólo incluya a miembros de la casa que contribuyen con ingresos a su grupo familiar.

¿NO está inscrito en Medicaid? --Debe adjuntar constancia de ingresos a esta solicitud. Para la mayoría de los solicitantes, esta será una copia de su declaración de impuestos de los EE.UU. más reciente. Consulte las instrucciones para otro tipo de constancia de ingresos que es aceptado por ADAP. NOTA: a partir de 2015, cualquiera que sea legalmente requerido (y elegible) para presentar un Declaración de impuestos de los EE.UU., debe hacerlo o no será elegible para recibir asistencia de ADAP. Si es empleado y no está inscrito en Medicare o en el plan de salud de su empleador, el formulario de información de seguro del empleador que se encuentra en la página 5 se debe llenar, firmar y adjuntar a este formulario de recertificación. Si su ingreso es \$0, debe adjuntar la Declaración de apoyo que se encuentra en la página 6.
¿Inscrito en Medicaid? – No es necesario documentación adicional y no necesita adjuntar el formulario de información de seguro del empleador o la Declaración de apoyo.

¿Usted, su cónyuge o cualquier dependiente trabajó este mes o espera trabajar en los siguientes 6 meses? Sí No

Incluya trabajo temporal/estacional e **ingreso neto de empleo por cuenta propia**
(después del pago de los gastos de la empresa).

Nombre del trabajador (Usted, cónyuge, dependiente, etc.)	Nombre del empleador	Monto mensual (Monto bruto)	¿Con qué frecuencia se le paga? (Semanal, cada dos semanas, una vez al mes, etc.)
		\$	
		\$	
		\$	

¿Usted, su cónyuge o cualquier dependiente recibió ingresos de cualquiera de estas otras fuentes? Sí No
 En caso afirmativo, marque todas las opciones que apliquen y llene esta tabla:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> SSDI (Seguro de discapacidad de seguridad complementaria) | <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de corto/largo plazo | <input type="checkbox"/> SSI (Ingreso suplementario de seguridad) | <input type="checkbox"/> Jubilación/Pensión |
| <input type="checkbox"/> Y (ayuda a los necesitados discapacitados) | <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas) | <input type="checkbox"/> Ingresos de fideicomiso sujetos a impuestos |
| <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores | <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses/inversiones | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa): _____ | | |

Este cheque viene para: (Usted, cónyuge, dependiente, etc.)	Tipo de beneficios o de ingresos de la lista anterior (Por ejemplo, "SSI")	Monto mensual (Monto bruto)	¿Con qué frecuencia se le paga? (Semanal, cada dos semanas, una vez al mes, etc.)
		\$	
		\$	
		\$	

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 el cambio de mi dirección, estado del seguro, o cambios en el ingreso que excedan el 10% de mi sueldo dentro de los siguientes treinta (30) días. Autorizo además a CDPHE a 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 evitar 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, administrador de caso, otros departamentos y programas del estado de Colorado, y otras fuentes de información a 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.
- 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 con los esfuerzos 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, a modificar el formulario de solicitud de ADAP.
- Entiendo que mi ayuda a través de todos los programas de 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 a 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 con base 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 surja 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 basadas en esta autorización.
- Una copia de esta autorización tiene el mismo efecto que el original.
- *Por favor, tome nota 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

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

Formulario de información de seguro del empleador

SOLICITANTE: Este formulario se requiere si usted o su cónyuge está empleado y ha manifestado que no califica para el seguro de salud o para inscribirse en el mismo. Esto puede ser debido a que su empleador no ofrece seguro médico, usted no califica por razones específicas o el seguro no cubre los servicios necesarios. **Debe proporcionar una copia de este formulario por cada miembro de la familia que actualmente esté empleado.**

EMPLEADOR: Por favor, llene este formulario, haga que un representante autorizado lo firme y devuelva el formulario al empleado. Esta información se deberá suministrar cada seis meses.

NOMBRE DEL EMPLEADO:
EMPLEADOR (nombre de la empresa):

Para ser completado por el EMPLEADOR:

- ¿Ofrece un plan de seguro médico a alguno de sus empleados? Sí No
- ¿El plan cumple con el requerimiento mínimo de la Ley de Atención médica a precio asequible? Sí No No está seguro

*Si su respuesta es **NO** a cualquiera de estas siguientes preguntas, pase a la parte de la firma de este formulario*

*Si su respuesta es **SÍ** o **NO ESTOY SEGURO**, por favor complete el siguiente cuadro y proporcione un Resumen de beneficios del plan ofrecido*

Empleado	<input type="checkbox"/> No califica <input type="checkbox"/> Se ofreció, pero no fue aceptado <input type="checkbox"/> Se ofreció y fue aceptado	Si no califica, explique si esta persona <u>podría</u> calificar en el futuro y cuándo (por ejemplo, se convierte en empleado a tiempo completo). Posible fecha de elegibilidad: ___/___/____
Cónyuge Nombre (s): _____	<input type="checkbox"/> No califica <input type="checkbox"/> Se ofreció, pero no fue aceptado <input type="checkbox"/> Se ofreció y fue aceptado	Si no califica, explique si esta persona <u>podría</u> calificar en el futuro y cuándo (por ejemplo, se convierte en empleado a tiempo completo). Posible fecha de elegibilidad: ___/___/____
Dependiente (s) Nombre (s): _____ _____	<input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Se ofreció, pero no fue aceptado <input type="checkbox"/> Se ofreció y fue aceptado	Si no califica, explique si los dependientes <u>podrían</u> calificar en el futuro y cuándo (por ejemplo, se convierte en empleado a tiempo completo). Posible fecha de elegibilidad: ___/___/____

- ¿Cuál es la fecha para el próximo período de inscripción abierta de su compañía? ___/___/____
 ¿Cuándo empieza la cobertura después del período de inscripción abierta? ___/___/____

COMENTARIOS: _____

📎POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DEL RESUMEN DE BENEFICIOS DE SU EMPLEADO, si está disponible.

REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR QUE LLENA ESTE FORMULARIO:	TÍTULO:	TELÉFONO:
FIRMA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR		FECHA:

DECLARACIÓN DE APOYO PARA _____ (NOMBRE DEL SOLICITANTE)
LLENE ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE SI NO PUEDE PROPORCIONAR CONSTANCIA DE RESIDENCIA EN SU NOMBRE
O 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 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 libre/ 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): _____

En su más reciente Declaración de impuestos de EE.UU., ¿reclamó al solicitante como un dependiente?

- Sí
- No
- No ha presentado una declaración de impuestos de EE.UU.

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 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