



# Solicitud de inscripción Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA

Teléfono: 1-844-421-7050 AD AP Número de Fax: 1-844-421-80

*Los campos requeridos se denotarán con un asterisco (\*)*

*Los campos requeridos, si corresponde serán denotados por dos asteriscos(\*\*)*

ID del Cliente \_\_\_\_\_

**Tipo de solicitud\*:**                      Nueva                      Actualización                      Reinscripción

Recertificación/Formulario de auto verificación (SVF) con cambios

## Sección 1      Información Del Solicitante

Nombre\* \_\_\_\_\_ Inicial del 2do. Nombre \_\_\_\_\_ Apellido\* \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento\* \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_

Domicilio Residencial \_\_\_\_\_ Número de Departamento \_\_\_\_\_

Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Marque si no tiene hogar

¿Nos podemos poner en contacto con usted a este domicilio residencial?\*

Sí                      No, utilice mi domicilio postal

No, mi lugar de inscripción recibirá información en representación mía

Domicilio postal o apartado postal\* \_\_\_\_\_ Número de Departamento \_\_\_\_\_

Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

## Sección 2      Demografía

¿Cuál es su sexo de nacimiento?\*                      Masculino                      Femenino                      Desconocido

¿Esta usted embarazada?\*                      Sí                      No

¿Cuál es su género?\*

Masculino                      Femenino                      Transgénero, de hombre a mujer  
 Transgénero, de mujer a hombre                      Transgénero, desconocido  
 Desconocido

¿Cuál es su orientación sexual?\*                      Heterosexual                      Lesbiana o homosexual                      Bisexual

Otro, especifique: \_\_\_\_\_                      No sé                      Elige no revelar

¿Cuál es su grupo étnico?\*                      Hispano (**Ver E1**)                      No Hispano

**E1.** Si es hispano o de ascendencia hispana, ¿cómo se identifica? (Marque todo lo que corresponda)\*\*

Mexicano, México-estadounidense, Chicano/a

Puertorriqueño/a

Cubano/a

Español, Portugués, Caboverdiano

Otra región hispana

No Aplicable

¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que corresponda)\*\*

Blanco

Negro/a o afroamericano/a

Asiático (Ver R1)

Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico (Ver R2)

Indígena americano o nativo de Alaska

No quiero proporcionar mi raza

**R1.** Si es asiático o de ascendencia asiática, ¿cómo se identifica? (Marque todo lo que corresponda)

Indígena asiático

Bangladés

Birmano

Camboyano

Chino

Filipino

Hmong

Indonesio

Japonés

Coreano

Malayo

Pakistaní

Singapurense

Esrilanqués

Taiwanés

Vietnamita

Laosiano

Tailandés

Otra región asiática

**R2.** Si es nativo (o tiene ascendencia nativa) de Hawái/Isleño del Pacífico, ¿cómo se identifica? (Marque todo lo que)\*\*

Fijiano

Guameño o chamorro

Nativo de Hawái

Samoano

Tongano

Otras islas del Pacífico

### Sección 3 Información Clínica

¿Cuál es su estado de VIH?\*

VIH positivo, no SIDA

SIDA definido por CDC

Carga Viral \_\_\_\_\_ Fecha de última carga viral \_\_\_\_\_

Conteo de CD4 \_\_\_\_\_ Fecha de último conteo de CD4 \_\_\_\_\_

### Sección 4 Ingresos y Tamaño del Hogar

¿Cuál es su estado civil actual?\*

Soltero/a

Casado/a

Legalmente Separado/a

Divorciado/a

Unión libre

Tamaño del hogar: (Incluyendo a usted)\* \_\_\_\_\_

Ingreso Anual del Hogar \* \_\_\_\_\_

Año para ingresos familiares (Año presente o pasado)\* \_\_\_\_\_

## Sección 5 Cobertura de Salud

### Cobertura de Medi-Cal

¿Está inscrito en Medi-Cal?\*

Sí, estoy inscrito/a

Lo solicité pero no calificué

No, Fui dado/a de baja

Sigo esperando una decisión sobre mi elegibilidad para Medi-Cal

No, nunca lo he solicitado

No lo sé

Si seleccionó "Sí, estoy inscrito/a", por favor, responda las siguientes preguntas\*\*

¿En qué tipo de cobertura Medi-Cal está inscrito?

Expansión de Medi-Cal

Medi-Cal estándar

No lo sé

Si seleccionó " Expansión de Medi-Cal", por favor, responda las siguientes preguntas \*\*

Fecha efectiva de inicio \_\_\_\_\_ Fecha efectiva cuando finaliza \_\_\_\_\_

N.º de tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC) \_\_\_\_\_

Si seleccionó "Medi-Cal estándar" por favor, responda las siguientes preguntas \*\*

Fecha efectiva de inicio \_\_\_\_\_ Fecha efectiva cuando finaliza \_\_\_\_\_

N.º de tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC) \_\_\_\_\_

¿Tiene que pagar una parte de costos con Medi-Cal SOC? Si No No lo sé

Si seleccionó "No, Fui dado/a de baja", por favor, responda las siguientes preguntas \*\*

¿De cuál tipo de Medi-cal usted fue dado/a de alta?

Expansión de Medi-Cal

Medi-Cal estándar

Si seleccionó " Expansión de Medi-Cal", por favor, responda las siguientes preguntas \*\*

Fecha efectiva de inicio \_\_\_\_\_ Fecha efectiva cuando finaliza \_\_\_\_\_

¿Qué razón le dieron para darlo/a de baja?

Tengo ingresos en o por encima del 138 % del nivel federal de pobreza (FPL)

Soy Elegible Para Medicare

Tengo Exceso de bienes

Estoy empleado o soy capaz de trabajar

Estoy recibiendo Seguro de Desempleo (IU)

Me negaron en los últimos 12 meses de Medi-Cal, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) o Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)

Otras razones

Si seleccionó "Sigo esperando una decisión sobre mi elegibilidad para Medi-Cal", por favor, responda a las siguientes preguntas\*\*

Fecha en que hizo su solicitud a Medi-Cal \_\_\_\_\_

**Cobertura de Medicare**

¿Es usted elegible para Medicare?\* Si No

Si seleccionó "Sí", por favor, responda las siguientes preguntas \*\*

¿Está inscrito en un plan de salud de Medicare Parte D?

Sí, Estoy inscrito No, fui dado/a de baja No, nunca apliqué

Si selecciona "Sí, estoy inscrito" o "No, me dieron de baja", responda las siguientes preguntas \*\*

Fecha de inicio de inscripción de Medicare Parte D \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de la inscripción de Medicare Parte D \_\_\_\_\_

**Cobertura de Seguro Privado**

¿Tiene cobertura privada de seguro de salud?\*

Si No No, fui dado/a de alta

Si selecciona "Sí, estoy inscrito" o "No, mi plan se finalizado", responda las siguientes preguntas \*\*

¿En qué tipo de plan de seguro de salud está usted inscrito? Si su plan fue terminado, en qué tipo de seguro de salud estaba Inscrito?

Plan de seguro médico obtenido a través de Covered CA

Plan de seguro privado obtenido a través de un proveedor o corredor de seguros de salud

Plan de seguro de salud a través del empleador

Seguro privado a través del cónyuge u otro

Seguro privado a través de la atención de salud administrativa del veterano (por ejemplo, Tricare)

COBRA o Cal-COBRA

Otro, especifique el tipo de plan de seguro de salud \_\_\_\_\_

Nombre de Plan de Seguro \_\_\_\_\_ Identificación de miembro \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del plan \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del plan \_\_\_\_\_

## Sección 6 Asistencia De Seguro

¿Le gustaría recibir asistencia con sus primas de seguro?\*

Sí, me gustaría recibir asistencia con mis primas de seguro

Sí, me gustaría recibir asistencia con los primas de Medicare Parte D. Si soy seleccionado, la elegibilidad de pago de Medicare Parte D Premium y la fecha de inicio del pago se determinarán usando la información de inscripción de Medicare Sección 5.

No, no quiero asistencia

Notas

- El programa HIPP debe asistir con la prima médica para ayudar con las primas dentales y de visión
- El programa HIPP no ayuda con planes de visión independientes. Las primas de la visión deben ser incluidas en la factura del seguro de salud médico o dental.
- Las personas con 100% de Ayuda Adicional/Subsidio Completo de Bajos Ingresos (LIS) no son elegibles para el Programa de Pago de Prima de la Parte D de Medicare.

Si selecciona "Sí, me gustaría recibir asistencia con las primas de mi seguro médico", responda a las siguientes preguntas \*\*

### Medica

Nombre del Beneficiario del Seguro de Salud?

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

LA Care and Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

Otro, especifique otro nombre del beneficiario del seguro médico \_\_\_\_\_

Tipo de póliza:

Individual

Familia

¿Cuál es la cantidad de su prima? \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**Continuación Medica**

Cada cuando tiene que dar sus pagos?

Mensual

Bi-Mensual

Trimestral

Anualmente

Fecha de inicio del plan: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del plan: \_\_\_\_\_

Tipo de Cobertura:

Covered CA

Privado

COBRA

Cal-COBRA

Otro

Si se ha seleccionado Covered CA", responda las siguientes preguntas \*\*

¿Cuál es la cantidad total de su prima mensual antes del crédito anticipado? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la máxima cantidad de crédito anticipado (APTC) ofrecido por Covered CA? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad de crédito fiscal (APTC) que está tomando? \_\_\_\_\_

¿Qué nivel metal de cobertura de Covered CA seleccionó? Bronze Plata Oro  
Platino

**Dental**

Sí, me gustaría recibir asistencia dental. Si está marcada, responda las siguientes preguntas\*\*

Nombre del beneficiario del seguro dental?

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

LA Care and Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

Otro, especifique otro nombre del beneficiario del seguro de salud \_\_\_\_\_

Tipo de Póliza: Individual Familia

¿Cuál es la cantidad de su prima? \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**Continuación Dental**

Cada cuando tiene que dar sus pagos?

Mensual

Bi-Mensual

Trimestral

Anualmente

Fecha de inicio del plan: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del plan: \_\_\_\_\_

**Visión**

Sí, me gustaría recibir asistencia visual. Si está marcada, responda las siguientes preguntas\*\*

**Nota:** Los planes de visión independientes no están cubiertos. La visión debe ser incluida con Medical or Dental para la cobertura.

Nombre del beneficiario del seguro de la visión?

Anthem Blue Cross

Blue Shield

Blue Shield of California Small group

Conexis

Health Net

Kaiser

LA Care and Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

Otro, especifique otro nombre del beneficiario del seguro de salud \_\_\_\_\_

Tipo de Póliza:

Individual

Familia

Cada cuando tiene que dar sus pagos?

Mensual

Bi- Mensual

Trimestral

Anualmente

Fecha de inicio del plan: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del plan: \_\_\_\_\_

## Sección 7      Lea Y Firme Esta Solicitud

### Solicitud para un periodo de acceso temporal (TAP)

Para solicitar un período de acceso temporal, la información a continuación debe ser completada por el solicitante / cliente que no proporcionó la documentación de elegibilidad de apoyo.

Por favor complete las siguientes secciones:

#### **Prueba de identificación**

Proporcionaré a mi trabajador de inscripción de ADAP mi identificación con foto.

#### **Prueba de residencia en California**

Proporcionaré prueba de mi residencia en California a mi trabajador de inscripción de ADAP.

#### **Información de diagnóstico**

Mi estado de seropositivo me califica para el programa ADAP. Proporcionaré a mi trabajador de inscripción de ADAP un Formulario de Diagnóstico completado, una carta de mi médico, o valores de laboratorio incluyendo una carga viral reciente y CD4, si corresponde.

#### **Ingresos**

Proporcionaré prueba de los ingresos de mi hogar a mi trabajador de inscripción de ADAP.

#### **Prueba de Determinación de Medi -Cal**

Solicitaré, y proporcionaré prueba a mi trabajador de inscripción de ADAP de la determinación de Medi-Cal.

Al firmar a continuación, certifico que la información anterior es factual, precisa y completa. Entiendo que tengo un período de acceso temporal en el cual proveer la documentación necesaria para justificar mi información ADAP calificada como se mencionó arriba y que el incumplimiento dentro del período asignado de acceso temporal resultará en mi inelegibilidad hasta que se provea dicha prueba. También entiendo que ADAP puede solicitar documentación de verificación adicional si la documentación presentada parece ser inconsistente o incorrecta. Estoy de acuerdo en notificar de inmediato al programa cualquier cambio en mi ingreso, residencia y cobertura de salud. Entiendo que el hecho de no proporcionar información precisa o omitir deliberadamente información puede resultar en la suspensión o terminación de servicios y puedo ser considerado financieramente responsable por cualquier servicio cubierto que se obtenga.

---

Firma del solicitante o representante designado aprobado por ADAP

---

Fecha

## **Sección 7 Continuación      Lea y Firme Esta Solicitud**

### **Código Penal y Ley de Reclamaciones Falsas de California**

Clientes de ADAP que concientemente porveen documentos inexactos o falsos pueden estar en violación de varias leyes de código penal y la ley de reclamaciones falsas de California.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con lo mejor de mi conocimiento que proporcioné información exacta y veraz al solicitar o presentar la elegibilidad o la reclamación de información a ADAP.

Por favor tenga en cuenta: Los clientes también tendrán que entregar el formulario de atestación de clientes, el formulario de consentimiento y toda la documentación de apoyo.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante designado aprobado por ADAP

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Sección 8 Información del trabajador de la Inscripción ADAP**

Nombre del trabajador de Inscripción \* \_\_\_\_\_

Número de teléfono \* \_\_\_\_\_ Correo electrónico \* \_\_\_\_\_

Nombre del sitio de inscripción \* \_\_\_\_\_

Número del sitio de inscripción \* \_\_\_\_\_ Condado \* \_\_\_\_\_