

Información General

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York Instituto del SIDA ofrece cuatro programas para proveer acceso para el cuidado de salud (ADAP, Atención Primaria, Atención a Domicilio y APIC) para residentes del estado de Nueva York infectados con VIH quienes no tienen seguro de salud, o tienen seguro limitado. Los cuatro programas usan la misma aplicación y proceso de solicitud, se requieren formas adicionales para el Cuidado a Domicilio y APIC.

El Programa de Asistencia De Medicamentos para el SIDA (ADAP) paga por medicamentos para el tratamiento de VIH/SIDA y las infecciones oportunas. Los medicamentos que ADAP paga pueden ayudar a las personas con HIV/AIDS a prolongar su vida y tratar los síntomas de la infección de VIH. ADAP puede ayudar a las personas sin seguro, seguro parcial, Medicaid Spend-down / Sobrante o Medicare Parte D.

ADAP Plus (Atención Primaria) paga por servicios de cuidado primario en clínicas, hospitales, laboratorios, y oficinas de médico privado participantes en el Programa. Los servicios incluyen el cuidado ambulatorio para la evaluación médica, intervención temprana y tratamiento continuado.

El Programa para la Atención Domiciliaria paga por servicios de atención a domicilio para individuos de crónica dependencia médica ordenado por su médico. El programa cubre servicios de asistencia de atención médica domiciliaria, la administración de terapia intravenosa y provisiones y equipo médico a través de las agencia de servicios de salud en el hogar participantes.

Continuación de Seguro (APIC) paga por el costo de primas de seguros de salud eficaces para participantes elegibles con seguro de salud incluyendo, COBRA, Medicare Parte D y pólizas privadas o patrocinadas por el empleador.

Programas VIH Uninsured Care Declaración de Confidencialidad

Bajo la Ley Estatal de Nueva York, toda información relacionada con VIH proporcionada a los Programas VIH Uninsured Care se mantiene estrictamente confidencial. Esta información (por ejemplo que usted es participante) puede consultarse con personas o organizaciones necesarias para la administración apropiada de los Programas. Éstos son los individuos y organizaciones con quienes los Programas necesitan discutir su aplicación y/o participación para determinar la elegibilidad, el pago para servicios o medicamentos cubiertos bajo los Programas, o propiamente responder por fondos agotados. Nuestro personal está consciente de la necesidad por privacidad y confidencialidad de nuestros participantes, y sólo discutirá información personal estrictamente cuando sea necesario para la administración de los Programas.

Para proporcionarle entendimiento del carácter confidencial y las condiciones de participación en los Programas, vea los siguientes ejemplos:

- Los Programas **NO** se pondrá en contacto con su empleador, propietario, familiares, amigos, vecinos, o cualquier otra persona sin el consentimiento directo de usted; aunque sea directamente relacionado a su aplicación o participación en los Programas.
- Programas pueden avisar a su doctor o proveedor de cuidado de salud para conseguir más información o clarificar información que necesitamos en el Formulario de Elegibilidad Médico.

- Los Programas verificarán a una farmacia, o a un proveedor de cuidado de salud que usted es participante y pagara por los servicios cubiertos ó medicamentos cuando presente su tarjeta del Programa, con su nombre y número de identificación.
- Los Programas discutirán la aplicación de individuos en la prisión con empleados autorizados cuando se necesite para inscribir en los Programas.

Usted puede notificarnos, por escrito, de alguien que usted autoriza a los Programas para contactar si el personal del Programa no puede contactarlo a usted para más información (es decir su trabajador social que le está ayudando a solicitar por el programa).

Los Programas VIH Uninsured Care son el pagador de último recurso y se pondrá en contacto con la compañía de su seguro de salud u otro tercer partido (es decir programa de rebaja del fabricante de medicamentos) quién reembolsará ADAP por los medicamentos proporcionados a usted bajo los Programas. Esto es necesario para recuperar fondos que pueden usarse para extender los Programas y cubrir nuevos medicamentos/ servicios y más personas que viven con la infección de VIH.

Estas condiciones son desde la fecha de su aplicación hasta su terminación de los Programas, incluso el tiempo necesario para completar cualquier procedimiento de reembolso para medicamentos terapéuticos o servicios proporcionados por los Programas. Usted puede terminar por escrito en cualquier momento su participación en los Programas.

Puede encontrar una copia de la Declaración de Privacidad de los Programas en:

www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm.

Si tiene alguna pregunta por favor llame al **1-800-542-2437**.

TODA INFORMACIÓN PROPORCIONADA AL PROGRAMA ES EstrictAMENTE CONFIDENCIAL.

Instrucciones de la Aplicación

La elegibilidad es basada en la necesidad médica y financiera. Junto con la aplicación completa, se requiere documentación de donde está viviendo, ingreso y recursos. **Su médico debe completar y enviar la aplicación medica por separado.**

Aplicaciones recibidas con toda la documentación requerida se procesan dentro de dos semanas. Las aplicaciones incompletas y/ó sin los documentos justificantes prolongaran el recibo de su tarjeta de participación e información vital del programa.

Cuando usted es aprobado, usted recibirá una Tarjeta de Elegibilidad e instrucciones cómo usarla. Usted debe presentar esta tarjeta y su receta en una farmacia participante para recibir los medicamentos cubiertos a ningún costo. Muestre su tarjeta a proveedores de cuidado de salud participantes para recibir los servicios médicos cubiertos a ningún costo. Si usted lo necesita, usted recibirá servicios de cuidado domiciliarios por una agencia participante a ningún costo (beneficio máximo \$30,000 por vida).

A. La Información del Solicitante

Nombre

Liste su nombre completo, número del seguro social y fecha de nacimiento. Si hay otro nombre que usted usa, ponga este en el espacio proporcionado, indique el nombre que usted quiere que aparezca en su tarjeta.

Dirección

Se requiere prueba que vive en el Estado de Nueva York. La residencia puede documentarse con una copia de UNO de los siguientes (mostrando su nombre y dirección). Si usted tiene un apartado dónde recibe su correspondencia debe incluir información que documenta su dirección física como prueba que reside en el Estado de Nueva York. Si usted vive con alguien y no tiene ninguno de los artículos debajo en su nombre, necesitaremos estos como prueba de la persona con quien usted reside, y una carta que declara que usted vive con ellos:

- Contrato Actual de Alquiler
- Licencia Actual para conducir
- Tarjeta de registro votante
- Aviso de Decisión de Medicaid
- Factura por utilidades (por los últimos 90 días)
- Factura de teléfono (por los últimos 90 días)
- Recibo de Alquiler (por los últimos 90 días)
- Talonarios ó estado de cuentas con su nombre y dirección (por los últimos 90 días)

Sexo/Raza/Etnicidad/Idioma

Por favor verifique su sexo, raza, etnicidad y preferencia de idioma.

B. Acuerdo de Residencia

Miembros de la Casa

Liste a todos los miembros de la casa. Cualquier miembro de la casa que es legalmente responsable por ó con usted es considerado miembro. Esto incluye esposo/a y cualquier niño menor de 21 años o padre/madre y hermanos si usted es menor de 21 años de edad.

C. Ingreso

La Elegibilidad Financiera

Elegibilidad financiera es basada en 435% del Nivel de Pobreza Federal (FPL por sus siglas en Ingles): FPL actualiza su información anualmente y es basado en el número de miembros de la casa. La elegibilidad financiera es calculada por el ingreso total disponible excluyendo impuestos por Seguro Social, Medicare y el costo que el solicitante paga por cuidado de salud.

Fuente de Ingreso

Verifique todas las fuentes de ingreso de usted y todos los miembros de la casa. Éste sólo es el ingreso para miembros de la casa con quienes usted tiene una relación legalmente (por ejemplo, esposo/a o niño pero no el tío, primo o compañero de cuarto). Para cada fuente, indique la cantidad antes de impuestos, las veces que recibe, y si es su ingreso o de uno de los miembros de la casa.

Se Requiere prueba de ingreso. Debe suministrar documentación de ingreso por cada fuente verificada.

Por Salarios

Ingreso debe documentarse por copias de talonarios de pago por los últimos 30 días. Los talonarios deben mostrar las ganancias del año, horas que trabajaron, todas las deducciones y las fechas cubiertas en el talonario. Si usted no puede conseguir un talonario, nos puede enviar una carta de su patrón notariada que muestra la paga gruesa durante los últimos 30 días junto con una copia de su más reciente formulario de impuesto. (No necesita dirigir la carta a los Programas. Es suficiente con la atención "a quien puede interesar".)

Individuos que Trabajan por Cuenta Propia

Proporcione los archivos comerciales por los tres meses anteriores a su aplicación que indica el tipo de negocio, ingreso grueso, ingreso neto, y su más reciente formulario de impuestos. Debe incluir una declaración notariada estimando su ingreso actual.

Ingreso por Alquiler

Ingreso que usted recibe por alquiler puede documentarse con una copia del contrato de alquiler que usted tiene con sus arrendatarios y una copia de su más reciente formulario de impuesto.

Todo Otro Ingreso

Como prueba de otro tipo de ingreso puede enviar copias de su carta de adjudicación de SSD/SSI, cheque por desempleo, cheque del Seguro Social, los cheques por pensión, etc., estos deben incluir los últimos 30 días.

Ningún Ingreso, Sustento por Otros,

Si usted no tiene ingreso y lo sostiene un amigo o miembro de la familia, necesitamos una carta de ese amigo o miembro de la familia declarando que lo sostiene.

D. Recursos

Recursos líquidos no pueden exceder más de \$25,000 por familia. Esto se refiere a dinero en efectivo, cuentas de ahorro, acciones, etc. Esto no incluyen su automóvil, casa o cuentas jubilatorias reconocidas federalmente.

Fuente de Recurso

Verifique todas las fuentes de recursos para usted y todos los miembros de su hogar. Esto sólo es para miembros de la casa con quienes usted tiene una responsabilidad legalmente (por ejemplo, esposo(a) o niño pero no un tío, primo o compañero de cuarto). Para cada fuente que usted anoto, indique el valor actual y si es su recurso o el de un miembro de su casa.

Se Requiere Prueba de su Fuente de Recurso

Las personas con recursos líquidos deben enviar las copias de su estado de cuenta más recientes donde muestran el valor de dinero en efectivo y la cantidad de dividendos de interés recibidas.

E. Cobertura de Cuidado de Salud

Los Programas pueden ayudar a personas que tienen otra cobertura para su cuidado de salud y están teniendo dificultad con su deducible, los copagos, Medicaid Spenddown/Surplus u otro costo. Incluya una copia de ambos lados de todas las tarjetas de cobertura para su cuidado de salud.

Medicaid/Family Health Plus

Indique su Estado de Medicaid o si usted ha solicitado por Family Health Plus. Si usted tiene un Medicaid Spenddown/Surplus (obligación de pago de Medicaid) escriba la cantidad en el espacio proporcionado.

Medicare

Indique si usted tiene Medicare y en ese caso, qué tipo tiene, A, B, C o D.

Seguro de Salud

Debe contestar todas las preguntas con respecto a seguro de salud incluyendo cuánto usted paga y cuantas veces paga su seguro de salud. Si usted está teniendo problemas para pagar su seguro de salud por favor llame al 1-800-542-2437 o complete la aplicación de APIC (el número del formulario DOH 2794c) que puede encontrarse en <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>

F. Contactos Alternados y Firma

Para que el personal del Programa pueda hablar con alguien sobre su aplicación, usted debe listarlos aquí. Por favor lea la declaración de confidencialidad que describe a quién nosotros podemos avisar con relación a su aplicación y participación.

Cuidadosamente lea la certificación de la declaración entonces firme y feche la aplicación. **Nosotros no podemos procesar una aplicación que no está firmada.** Haga una copia de la aplicación y toda la documentación para sus archivos.

Problemas y/o Preguntas

Si usted tiene problemas para completar la aplicación o tiene alguna pregunta sobre los Programas VIH Uninsured Care o de la documentación que requerimos, por favor llame gratuitamente al 1-800-542-2437 o puede repasar el documento "preguntas frecuentes" en <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>

Aplicación Programa VIH Uninsured Care

Esta aplicación se usa para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP), ADAP Plus (el cuidado primario), VIH Atención a Domicilio y la Continuación de Seguro (APIC). Documentación adicional se necesita para Atención a Domicilio y APIC. Si usted tiene alguna pregunta sobre los programas o completando esta aplicación, avise a nuestra línea confidencial al **1-800-542-2437**.

FAVOR DE IMPRIMIR CLARAMENTE Y COMPLETAR ESTA APLICACIÓN

A. Información del Solicitante

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **MI:** _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Otro Nombre que ha Usado: _____ **Número de Seguro Social:** _____ - _____ - _____

Dirección (Se Requiere Prueba de Donde Vive)

Calle: _____ Apt #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Podemos enviar información a la dirección listada? Sí No Si no, adjunte una explicación con una dirección suplente.

Teléfono Primero: (_____) _____ - _____ Segundo: (_____) _____ - _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Sexo Masculino Femenino Transgénero/ Transexual

Raza Blanco Negro/Africano Americano Asiático Hawaiano/Isleño Pacífico Americano Nativo/ Nativo de Alaska
 Más de Una Raza Otro _____

Etnicidad Hispano No-Hispano

Preferencia de idioma: Inglés Español Otro _____

Estado Matrimonial Soltero, Enviudado, Divorciado Casado, Viviendo Juntos Casado, Viviendo Separados

B. Arreglo de Alojamiento

Vive Solo Vive con Otros (Complete Debajo) Sin Vivienda/Refugio En Libertad De Prisión

Nombre de los Miembros de la Casa*	Sexo	Fecha De Nacimiento	Relación	Viven con Usted
1. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

* Si le gustaría que nosotros hablemos con cualquiera de los miembros de su hogar listados añada este como contacto alternado en la página 2.

C. Ingreso – del Solicitante y Miembros de la Casa (requerimos prueba de ingreso)

Fuente de Ingreso (marque todo lo que aplica):

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueldo/Salario: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT | <input type="checkbox"/> Asistencia Publica | <input type="checkbox"/> Beneficios de Veterano | <input type="checkbox"/> Arriendo de Propiedad |
| <input type="checkbox"/> Empleado de la Ciudad de NY | <input type="checkbox"/> SSI (Ingreso de Seguridad Suplemental) | <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia/ Sosténimiento para Menores | <input type="checkbox"/> Sin Ingreso, Apoyado por otros |
| <input type="checkbox"/> Trabajo por Cuenta Propia | <input type="checkbox"/> SSD (Seguro Social por Incapacidad) | <input type="checkbox"/> Intereses / Dividendos / Regalías | <input type="checkbox"/> Sin Ingreso, Viviendo de Ahorros |
| <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Seguro Social por Jubilación | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Compensación de Obreron | <input type="checkbox"/> Pensión | | |

Por todos los que ha marcado anteriormente, por favor indique:

Fuente de Ingreso	Total Bruto	Con Cuánta Frecuencia	Receptor	Fecha de Inicio
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Miembro de La Casa	____/____/____
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Miembro de La Casa	____/____/____
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Miembro de La Casa	____/____/____

D. Recursos (requerimos prueba de recursos)

Fuente De Recursos (Debe marcar todo lo que Aplica)

Cuenta de Cheques Cuenta de Ahorros CDs Acciones/Bonos/Fondos Mutuos Anualidades o Fideicomiso Intereses

Por todos los que marco anteriormente por favor indique:

Fuente de Recurso	Balance/Valor	Receptor
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de La Casa <input type="checkbox"/> Conjunto
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de La Casa <input type="checkbox"/> Conjunto
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de La Casa <input type="checkbox"/> Conjunto

E. Cobertura de Cuidado de Salud

¿Usted tiene otro fondos para cuidado de salud? (Póliza Privada, HMO, Unión, Jubilación o Otro Plan de Salud) Sí No

¿Usted paga las primas de su seguro de salud? Sí No

¿Si es así a una de estas, cuánto son los pagos? \$ _____ ¿Con que frecuencia hace los pagos? _____

Si no es Ningún anterior, ¿ofrecen seguro de salud a través de su patrón/trabajo? Sí No

Llame al programa al 1-800-542-2437 para saber cómo ADAP puede ayudar con los pagos de su seguro de salud.

Si usted tiene seguro de salud, envíe una copia del frente y atrás de sus tarjetas y completa debajo:

Nombre de la Compañía de Seguro de Salud: _____ Fecha Vigente en la Póliza: _____ / _____ / _____
Dirección: _____ Numero de Póliza: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Grupo: _____
Contacto de Servicios al Cliente (Si lo sabe): _____ Teléfono de Servicios al Cliente: (_____) - _____

Medicaid/Family Health Plus

¿Usted ha aplicado? Sí No

¿Si aplico cual fue el resultado? Pendiente Aceptado – # de Medicaid: _____ Spend-down (si aplica) – Cantidad: \$ _____

Negar – Razón: _____

Medicare

¿Usted tiene Medicare? Sí No

Si tiene, ¿qué tipo? A - Hospitalización B - Cuidado Primario C - Medicare Advantage Plan D - Medicamentos por Receta

¿Usted paga por primas de Medicare Parte D? Sí No

Si usted tiene Medicare parte D, ¿tiene usted "ayuda extra"? Sí No

Si "no" por favor llame a nuestra línea directa para saber más sobre la "ayuda extra"

F. Persona de Contacto Alternada y Firma

Al firmar esta aplicación, yo autorizo a los Programas VIH Uninsured Care para hablar con las siguientes personas sobre mi aplicación (es decir, trabajador social, gerente del caso, miembro familiar):

Nombre	Organización	Relación	Número de Teléfono
_____	_____	_____	(_____) - _____
_____	_____	_____	(_____) - _____
_____	_____	_____	(_____) - _____

Certificación de la Declaración

Yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta y que vivo en el Estado de Nueva York. Yo entiendo lo siguiente:

Esta información está dándose con relación al recibo de fondos federales por el Estado de Nueva York. Oficiales del programa verificarán la información en este formulario. Oficiales del programa periódicamente verificaran mi estatus de Medicaid y puede que facturen a Medicaid cuando sea necesario. Si yo deliberadamente doy alguna información falsa en esta aplicación se me puede exigir el reembolso de beneficios proporcionados a mí y me pueden demandar bajo los Estatutos aplicables Estatales y Federales.

Yo por este medio solicito los beneficios de los Programas VIH Uninsured Care y consiento que mi información sea usada y revelada cuando sea necesario por los propósitos de mi tratamiento, para el pago de servicios de cuidado de salud, el pago de primas de cuidado de salud y para los funcionamientos del Programa.

Firme y Fecha Este Formulario

La firma del Solicitante (o tutor si el solicitante es un menor)

Fecha

Mantenga una copia de este formulario para sus archivos y envíe por correo la forma original y toda la documentación a:

Uninsured Care Programs, Empire Station, PO Box 2052, Albany, NY 12220-0052