

Bridging the Gap, Colorado
Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado
Teléfono: (303) 692-2783
FAX: (303) 782-5393

Programa de Asistencia Farmacéutica

Bridging The Gap, Colorado (BTGC) está reemplazando la cobertura que está recibiendo del Programa ADAP para conseguir los medicamentos relacionados al VIH. Además de proveerle acceso a los medicamentos que Ud. actualmente recibe de ADAP, BTGC le ayudará con otras mensualidades del Medicare Parte D y gastos para medicamentos recetados de su Plan de Medicamentos Recetados. Tiene que inscribirse en este programa para recibir estos beneficios.

También tiene que firmar una autorización para divulgar información que le permitirá al BTGC y sus contratistas completar funciones relacionadas al pago de estas cuotas a su plan farmacéutico y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR

- *Entiendo que **Bridging the Gap – Colorado (BTGC)** se financia únicamente con dinero recibido de la Asamblea de Colorado. Participación en el programa y los servicios cubiertos dependen de los fondos disponibles.*
- *Entiendo que **BTGC** está reemplazando la cobertura que recibo actualmente a través del Programa ADAP para beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D.*
- *Entiendo que al participar en **BTGC**, recibiré asistencia con los pagos de las mensualidades y/o co-pagos farmacéuticos para cubrir costos relacionados con mantener mi póliza de Medicare Parte D. Entiendo que tengo que reembolsar a **BTGC** por cualquier dinero que yo reciba (en forma de reembolso o de otra manera) o que haya sido pagado de mi parte por otra persona si no me pertenece.*
- *Me comprometo reportar cualquier cambio de mis circunstancias a **BTGC**, incluso cambios en mi póliza de seguro médico, mensualidades de seguro médico, mi número telefónico, y mi dirección.*
- *Tomo completa responsabilidad de la veracidad de la información que pongo en este formulario. Entiendo que el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado usará la información para determinar mi elegibilidad para **BTGC**. También entiendo que las leyes de Colorado estipulan que cualquier persona que obtiene o trata de obtener asistencia pública o ayuda a cualquier persona a obtener asistencia pública, a la cual no está autorizada, está violando las leyes del Estado de Colorado.*

- *Entiendo que para participar en **BTGC** tengo que firmar una autorización para divulgar información que indica que el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado o sus agentes comunicarán información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y con mi Plan Farmacéutico para asegurar la distribución apropiada de los fondos pagados por mi al Plan Farmacéutico que haya escogido.*
- *Entiendo que información sobre **BTGC** será mandada por correo a mi dirección, incluso actualizaciones sobre mi elegibilidad y cambios en el programa o los servicios.*

SOLICITUD DEL 2009

La información de este formulario será utilizada para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Colorado, Bridging the Gap, Colorado. Todas las preguntas tienen que ser contestadas y este formulario tiene que ser firmado por el solicitante (o el representante del solicitante). Toda la información pedida en este formulario será guardada de manera confidencial por CDPHE y sus agentes autorizados. No será divulgada sin previa autorización escrita suya o de su representante. Para ayudarnos procesar su solicitud lo más rápido posible, los siguientes documentos deben ser entregados con su solicitud completa, *si los tiene*:

- ◆ Un estado de cuenta de su compañía de seguro médico que indica sus mensualidades de 2009 de Medicare Parte D
(*se puede proveer cuando este recibido si aún no lo tiene*).
- ◆ Una copia de su tarjeta de Medicare Parte D (*si la ha recibido*).

Parte A – Información de Solicitante			
Apellido(s):	Primer Nombre:		Inicial del 2do Nombre:
Su Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número Telefónico Casa: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____	Fecha de Nacimiento: / /	Número de Seguro Social ____ - ____ - _____	¿Actualmente Inscrito en ADAP? __ Sí __ No * Inscripción en ADAP tiene que ser completada antes de aprobar esta solicitud.

Parte B – Medicare Parte D Plan de Medicamentos Recetados o Información de Medicare HMO – PLAN DEL 2009 – deje en blanco si aún no tiene esta información para el 2009			
Nombre del Plan de Medicare Parte D:	Nombre del Dueño de la Póliza:		
Dirección de la Compañía de Seguros (para pagar cuotas):	Ciudad	Estado	Código Postal
Número Telefónico de la Compañía () _____ - _____	Fecha de Vigencia:	¿Juntó una copia de la tarjeta del seguro? __ Sí __ No	
ID del Cliente o Número de Identificación de Membresía:	Grupo Rx:		
Mensualidad que Bridging the Gap, Colorado necesitará pagar por su Plan de Medicamentos en el 2009 \$ _____			

Autorización para Participar y Autorización para Divulgar Información Personal e Información Médica

El Programa de Asistencia de Drogas Para SIDA (ADAP) y el Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal – Bridging the Gap, Colorado (BTGC) son programas subsidiarias administradas por el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado (CDPHE) para proveer tratamientos de medicamentos recetados a personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Elegibilidad del Cliente

Los individuos que solicitan los servicios de ADAP o BTGC tienen que conformar con los estándares de elegibilidad. Los servicios solo son disponibles a personas que residen en Colorado, no tiene seguro médico privado con beneficios farmacéuticos, y cuyas ganancias anuales brutas ajustadas son menos de 400% del Nivel Federal de Pobreza. Es posible que sea requerido que CDPHE o sus agentes obtengan información personal suya de otras agencias o proveedores de salud para verificar su elegibilidad para este programa.

Si esta de acuerdo con participar ADAP o BTGC, la coordinadora de inscripciones coleccionará información personal suya tales como su nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de seguro social, información de Plan Farmacéutico de Medicare, y elegibilidad financiera para el programa. Esta información será confidencial, pero puede ser divulgada a su farmacia de ADAP, personal esencial del programa Ryan White Parte B, empleados de la Oficina de Servicios de Salud Pública (el administrador de beneficios farmacéuticos de BTGC), y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, con el único fin de administrar el programa y pagar sus beneficios farmacéuticos de Medicare Parte D.

Cualquier reporte, sea profesional o informal, puede ser publicado para cumplir con los requisitos de reportaje de otorgantes tales como el gobierno estatal o federal, no incluirán su nombre u otra información de identificación personal. Menos en las circunstancias descritas en el texto anterior para administrar el Programa ADAP, toda la información del cliente se mantiene confidencial a menos que la divulgación de la misma está autorizada específicamente por el cliente, o su divulgación este permitida bajo la ley.

Autorización

Yo, _____, autorizo la divulgación de información personal y médica como está descrita en el texto anterior, al CDPHE, la Oficina de Servicios de Salud Pública, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y otras agencias públicas o gubernamentales tal como sea necesario para determinar mi elegibilidad para los servicios de ADAP o para la coordinación de mis beneficios farmacéuticos por el Plan Farmacéutico de Medicare Parte B que haya escogido. Entiendo que bajo el Acta de Inmunidad Gubernamental de Colorado, C.R.S. § 24-10-101 *et seq.*, CDPHE no está responsable por daños o cualquier perjuicio causado por mi participación en este programa.

Esta autorización mantendrá vigencia por dos años desde la fecha de mi firma a menos que sea revocada por mi en forma escrita. Una fotocopia de esta autorización será considerada como válida y puede ser usada así por las agencias participando en esta programa.

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Cliente: _____

Firma del Testigo: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Testigo: _____

Título del Testigo: _____

Envíe por correo al:
BTG – STD/HIV A3
4300 Cherry Creek Drive South, Denver, CO 80246

PARA EL USO DE CDPHE – FOR CDPHE USE ONLY	
DATE RECEIVED: _____ Premium Payment? ____ Co-pays only? ____ Both? ____	
MONTHLY or QUARTERLY PAYMENT THROUGH 2009: \$ _____	DATE APPLICATION APPROVED: ELIGIBILITY DATE: ADAP ENROLLMENT VERIFIED: ____ YES ____ NO
DATE OF DENIAL: _____ REASON FOR DENIAL: _____	
AUTHORIZED SIGNATURE: _____	