

Forma de Elegibilidad
Programa de Colorado de Asistencia para Medicina del SIDA (ADAP)
 Departamento de Salud Pública y el Medio Ambiente de Colorado

Marque una caja: Solicitud Nueva Solicitud para renovación

Marque el programa(s) que usted esta solicitando:

ADAP Bridging the Gap (SPAP) Insurance Continuation Proyecto County Jails

Instrucciones: Por favor llene todos los espacios en blanco en todas las seis páginas. Presente la documentación donde se le pida.

Sección 1: INFORMACION DEL SOLICITANTE

FECHA	
--------------	--

Nombre		
Apellido	Nombre	Segundo nombre

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
-------------------------	---------------------

Sexo		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transgénero

Origen étnico			
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar

Raza		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Nativo/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Razas múltiples
<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	

Teléfono y correo electrónico: Por favor describa cualquier problema que pudiera haber si nuestro personal se comunica con usted o deja un mensaje en el siguiente número de teléfono y dirección.			
Residencia	Celular	Trabajo (incluya extensión)	Dirección de correo electrónico
Escriba preocupaciones/Limitaciones			

Dirección de su residencia (donde usted vive)			
Calle y numero	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Podemos comunicarnos con usted a ésta dirección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Dirección para su correo (Marque aquí si es la misma dirección de su residencia <input type="checkbox"/>)			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
¿Podemos comunicarnos con usted a ésta dirección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

En Caso de Emergencia (Amigo o familiar) ¿Ésta persona sabe de su estado de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre	Número de teléfono/ o dirección electrónica		
Calle y número	Ciudad	Estado	Código Postal

Encargado de Caso/Trabajador(a) Social (Marque aquí si usted no tiene un encargado de caso o trabajador(a) social <input type="checkbox"/>)	
Nombre	Agencia

Prueba de Residencia de Colorado (Marque aquí sí esta dando documentación <input type="checkbox"/>)		
<input type="checkbox"/> Licencia de manejo o tarjeta de identificación de Colorado vigente, sin vencer.	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación aprobada por el gobierno	<input type="checkbox"/> Contrato de renta con dirección de Colorado
<input type="checkbox"/> Factura de servicios con dirección de Colorado (gas, electricidad o agua)	<input type="checkbox"/> Testimonio de encargado de caso/trabajador(a) social (indigente o casa temporal)	<input type="checkbox"/> Cuenta Hipotecaria con dirección de Colorado
<input type="checkbox"/> Otra cosa (describa):		

Embarazo (si es mujer)	
¿Esta usted embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se	Si está embarazada, ¿cual es la fecha aproximada del parto?

Estado Civil		
<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)
<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Sección 2: INFORMACION DE EMPLEO

Situación de Empleo				
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo horas a la semana	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial horas a la semana	<input type="checkbox"/> Trabajo Temporal	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Trabajador Independiente
Nombre del empleador (Patrón), si está empleado				
Tamaño del empleador: <input type="checkbox"/> Menos de 50 empleados <input type="checkbox"/> 50 empleados o mas <input type="checkbox"/> No corresponde				

Sección 3: ESTADO DE SALUD

Estado de Salud:			
¿Cuándo lo diagnosticaron VIH positivo? _____/_____ Mes Año		¿Quién le hizo la prueba del VIH? Agencia/Nombre del Doctor _____ Ciudad, Estado _____ <input type="checkbox"/> No me acuerdo	
¿Alguna vez le han diagnosticado SIDA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Conteo más reciente de células CD4 #	Fecha	Carga Viral mas reciente #	Fecha
¿Le han hecho la prueba de la Hepatitis C? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		Si le han hecho la prueba de la Hepatitis C ¿Cuales fueron los resultados? <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
¿Quién receta (o recetará) su medicamento del VIH? _____ Agencia o Nombre del Doctor Numero de teléfono			
¿Si usted fuera elegible para asistencia de ADAP, donde recogería su medicamento?			
<input type="checkbox"/> Denver Health	<input type="checkbox"/> Children's Hospital	<input type="checkbox"/> The Apothecary in Boulder	
<input type="checkbox"/> University of Colorado Health Sciences Center	<input type="checkbox"/> Otro(Por favor especifique) _____	<input type="checkbox"/> No lo se, necesito ayuda para escoger un lugar	
<input type="checkbox"/> Me gustaría recoger mi medicamento de una de las farmacias antes nombradas			
<input type="checkbox"/> Necesito recibir mi medicamento por correo			

Sección 4: INFORMACION DE ASEGURANZA DE SALUD

Por favor díganos si está usted inscrito en algunos de los siguientes programas. Tal vez se le pida comprobante de que le negaron el programa si parece que usted pudiera ser elegible. Si tiene seguro medico, por favor provea una copia de su tarjeta de seguro medico y de su tarjeta de medicinas.

Colorado Medicaid (marque una caja solamente)			
<input type="checkbox"/> Solicité, la decisión está pendiente Fecha en que se solicitó ____/____/____	<input type="checkbox"/> Solicité, no soy elegible (Incluya copia de la carta)	<input type="checkbox"/> Solicité, si soy elegible (Incluya copia de la carta y tarjeta)	<input type="checkbox"/> Nunca he solicitado Explique porque nunca ha solicitado Medicaid:

Medicare (marque todas las cajas que correspondan. Incluya copias de tarjeta de Medicare y pólizas)				
<input type="checkbox"/> No tengo cobertura de Medicare	<input type="checkbox"/> Cobertura bajo Parte A con derecho a hospitalización	<input type="checkbox"/> Cobertura Bajo Parte B (sin derecho a hospitalización)	<input type="checkbox"/> Cobertura Bajo Parte D (Plan de recetas)	<input type="checkbox"/> Yo califico para Medicare pero uso seguro medico privado

Otros Programas de seguro medico del Gobierno (marque todas las cajas que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Cobertura de State Children's Health Insurance Program (S-CHIP) (Incluya una copia de su tarjeta S-CHIP)	<input type="checkbox"/> Cobertura de seguro medico gubernamental de salud (VA, Indian Health) (por favor explique)

Seguro medico Privado (marque todas las cajas que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Tengo cobertura de salud por medio de mi empleador.	<input type="checkbox"/> Tengo cobertura de salud por medio de mi plan de retiro	<input type="checkbox"/> Tengo una póliza individual de salud.
<input type="checkbox"/> Tengo cobertura por medio de COBRA, la cual se vence en ____/____/____ Mes Día Año	<input type="checkbox"/> Tengo cobertura por medio de la póliza de otra persona	<input type="checkbox"/> Yo califico para cobertura bajo la póliza de alguien más.
<input type="checkbox"/> Mi empleador ofrece seguro medico, pero no quiero participar	<input type="checkbox"/> No califico ni estoy cubierto por seguro medico privado	<input type="checkbox"/> No estoy seguro si califico o estoy cubierto por seguro medico privado
Si usted califica para seguro medico privado, pero no está cubierto, por favor explique porque:		

Si usted tiene cobertura de seguro medico privado, incluya la siguiente información:

¿Cual de su medicamento recetado No lo cubre el plan?

¿Cual es la cantidad máxima de su beneficio de recetas por año? \$_____

¿Cuánto paga usted mensualmente en copago por su medicamento recetado? (de su bolsa) _____

¿Cuál es el deducible anual de su plan? \$_____

Sección 5 – INFORMACION DEL HOGAR

En la siguiente tablilla

- Enliste cada persona que vive con usted (empezando con usted/el solicitante) y que está relacionado a usted por medio de matrimonio, nacimiento, adopción o hijo(a) por el cual(es) usted paga manutención.
- Describa la cantidad bruta (antes de impuestos) que cada persona aporta al hogar.
- Para SSDI, enliste las cantidades antes de los costos de Medicare.

INGRESOS BRUTOS MENSUALES												
<u>Nombre Completo</u>	<u>Relación con usted</u>	<u>Salario/ Ingresos</u>	<u>Inversiones/ Fideicomiso</u>	<u>SSDI</u>	<u>SSI</u>	<u>Y</u>	<u>Indemnización de trabajo</u>	<u>Sostenimiento de hijos /Pensión Alimenticia</u>	<u>Ingresos de Retiro</u>	<u>Beneficios de Veteranos</u>	<u>Otro*</u>	<u>TOTAL</u>
	SOLICITANTE											

- Si los ingresos del solicitante muestran \$0, Nos comunicaremos con usted para mayor información. Para cada área de ingresos, incluya documentación con esta solicitud (talones de cheques, carta de becas etc.). Incluya hojas adicionales si hay más de seis personas en su hogar.

*Describa “Otros Ingresos”. _____

- Yo rendí mi declaración de impuestos del año anterior (incluya copias) Yo no rendí mi declaración de impuestos del año pasado

Yo incluí la siguiente documentación (marque las cajas que correspondan)

- Impuestos del año pasado Talones de cheque Cartas de Becas Estado de cuenta del banco Otro

Certificación de ADAP y Autorización para Compartir Información

- Certifico que la información proveída en ésta solicitud es completa y correcta, hasta el limite de mi entendimiento
- Yo comprendo que mi incumplimiento de ser preciso y completo pudiera impedir o retrasar una determinación de elegibilidad para recibir asistencia de ADAP.
- Yo entiendo que, para propósitos de redeterminar mi elegibilidad para ADAP, CDPHE, sus contratistas y subcontratistas pueden pedir mas documentación para verificar mi estado VIH seropositivo, mi residencia de Colorado, e información financiera, de trabajo o de seguro medico según sea necesario.
- Yo autorizo a mi medico que me receta medicamento, encargado de caso, otros departamentos y programas del estado de Colorado, y otros medios de información a compartir la información necesaria para completar el proceso de aplicación, a verificar la exactitud de cualquier información proveída en ésta aplicación, y a verificar mi elegibilidad y mi continua elegibilidad para ADAP. Asimismo autorizo a CDPHE a utilizar información de los archivos de salud pública para verificar que estoy viviendo con el VIH.
- Yo autorizo a CPHE a compartir información con mis médicos, encargados de casos, centros de tratamiento, y otros proveedores de salud para la facilitación y provisión de los servicios de ADAP.
- Yo entiendo y estoy de acuerdo a entregar información periódicamente acerca de mi elegibilidad continua para ADAP, incluyendo pruebas de ingresos, pruebas de residencia, cobertura de seguro medico y actualizar mi información general en las formas proveídas por CDPHE. Yo entiendo que los cambios en mi situación van ha ser evaluados para determinar mi elegibilidad continua para ADAP. Yo recibiré una notificación por escrito si mis beneficios de ADAP van ha ser suspendidos.
- Yo estoy de acuerdo en avisar o que mi encargado de caso le notifique a CDPHE de cualquier circunstancia que afecte mi participación o elegibilidad para servicios de ADAP. Yo estoy de acuerdo en informar a CDPHE en los primeros treinta (30) días de cualquier cambio de mi dirección o la forma de comunicarse conmigo. También autorizo a CDPHE a comunicarse con las personas enlistadas en ésta forma como “Contacto de Emergencia” si los intentos de CDPHE para comunicarse conmigo fallan.
- Yo entiendo que debo de renovar cada año en un tiempo razonable en el mes de mi nacimiento para continuar siendo elegible para el programa.
- Yo entiendo que mi elegibilidad para ADAP puede terminar si:
 - Yo no colaboro con los esfuerzos para verificar la información de ésta solicitud.
 - Yo no cumplo con las actividades necesarias para verificar posibles fuentes alternativas de cobertura o,
 - Si fallo en buscar un seguro de salud para el cual yo pueda calificar, cuando me lo instruya CDPHE.
 - Si CDPHE se da cuenta que malinterpreté material, si niego información, o hago fraude con documentos o,
 - Si ya no recibo recetas para la medicina que califica.
- Yo entiendo que CDPHE tiene el derecho de modificar la solicitud de ADAP sin informarme.
- Yo entiendo que la ayuda que recibo por medio de los programas de CDPHE está sujeta a fondos federales. Estos fondos están limitados y pueden vencer en cualquier momento sin que exista prolongación o fondos alternativos disponibles.
- Yo entiendo que el llenar ésta solicitud no asegura que yo voy a ser elegible para éste programa.
- Yo entiendo que mi nombre, dirección y otra información que me pueda identificar como persona la cual he dado en ésta solicitud estará disponible para CDPHE y sus contratistas, subcontratistas, y que ésta información no será divulgada a nadie mas, excepto a lo requerido y permitido por la ley.
- Yo entiendo que tengo el derecho a pedir una audición si siento que la decisión de mi elegibilidad fue injusta o incorrecta, o si creo que el personal de CDPHE contratistas o subcontratistas me discriminaron basados en mi edad, raza, etnicidad, sexo, identidad, género, discapacidad, religión, nacionalidad u orientación sexual.
- Yo entiendo que según de acuerdo la Inmunidad Gubernamental de Colorado, Acto, C.R.S. § 24-10-101 *et seq.*, CDPHE no es responsable por daños o accidentes que se deriven de mi participación en ADAP.
- Yo entiendo que puedo revocar ésta autorización por escrito en cualquier momento. De todos modos, la autorización deberá mantenerse valida hasta ese momento en que yo le informe a ADAP por escrito, que yo deseo terminar los servicios por medio del programa, o al momento en que yo ya no sea elegible para esos servicios cualquiera que ocurra primero, con la excepción y hasta el punto en que se haya tomado acción dependiendo de ésta autorización.
- Una copia de ésta autorización tiene el mismo vigor que la original.

Nombre del solicitante (letra de molde)

Firma del Solicitante

Fecha

**POR FAVOR RECUERDE
DE NOTIFICAR A ADAP SI
ALGO DE ESTA SOLICITUD
CAMBIA**

Regrese ésta solicitud a:
**CDPHE HIV Care and Treatment Program
ADAP-3800
4300 Cherry Creek Dr. South, Denver, CO 80246
Teléfono (303) 692-2716 Facsímil: (303) 782-5393**

Lista de revisión de ADAP

Por favor incluya los siguientes artículos que le correspondan en un sobre Manila con su dirección.

Solicitudes incompletas no se pueden procesar

- Solicitud ADAP Firmada**
- Prueba de Residencia de Colorado (la cual incluye una de de las siguientes: copia de licencia vigente de Colorado o Identificación con su dirección actual, un recibo de servicios públicos, o una carta de su encargado de casos o trabajador(a) social (membreteada) que detalle su dirección actual.**
- Ingresos mensuales brutos (los cuales incluyan: copia de un mes consecutivo de talones de cheques o si es trabajador independientes la copia de los impuestos del año pasado)**
- Una copia de su carta de aprobación de SSI/SSDI (debe de incluir la cantidad concedida)**
- Una carta que declare como se está manteniendo, si usted no tiene ingresos carta del individuo u organización que lo está manteniendo.**
- Una carta de su empleador que diga si usted es elegible o no para seguro de salud del empleador y si usted califica cuando es el próximo periodo de inscripción.**
- Una carta de Social Security que diga si usted califica o no para Medicare Part D Programa de recetas de medicina. Si está inscrito necesitamos una copia de su tarjeta Medicare Part D.**
- Una copia de los impuestos del año pasado, si usted rindió sus impuestos.**