COMMONWEALTH of VIRGINIA

Department of Health

MARISSA J. LEVINE, MD, MPH, FAAFP
STATE HEALTH COMMISSIONER

PO BOX 2448
RICHMOND, VA 23218

TTY 7-1-1 OR
1-800-828-1120

Name:
Address:
City, State, Zip:

By participating in one of our medication access programs including Medicare Part D Assistance Program (MPAP), Insurance Continuation Assistance Program (ICAP), and Health Insurance Marketplace Assistance Program and HIMAP, we require an update of your eligibility every 6 months. Eligibility will now be updated during the month of your birth and will re-occur every 6 months thereafter. Please answer all questions below. Sign and date and return this entire form in the enclosed postage paid envelope within the next 45 days to ensure continued access to the medication program. **Returning this form is required to continue to access medications or insurance through this program.**

We will notify you should there be any changes in your eligibility. Please call us at 1-855-362-0658 if you have any questions.

Thank you,

Taylor Waddell

Taylor Waddell
Medication Eligibility Specialist
Virginia Department of Health

Name: _____ Date of Birth: _____
Address change ☐ No or ☐ Yes:
New Address:_____
New Phone Number:_____ ☐ Primary Phone ☐ Secondary Phone

INCOME

Please check one: ☐ I have no income ☐ My income has not changed ☐ My income has changed

If your income has changed since your last recertification 6 months ago, please include appropriate documentation of three consecutive paystubs, Social Security letter, current tax return or support statement.

INSURANCE STATUS:

☐ Medicaid ☐Medicare ☐Medicare Part D ☐ACA Insurance ☐ Private Insurance
☐ No Form of Insurance

If you have insurance coverage of any kind, please include front and back copies of your insurance cards.

I attest that my signature on this form indicates the information provided is accurate and complete to the best of my knowledge.

Signature: _____ Date: _____

COMMONWEALTH of VIRGINIA

Department of Health

MARISSA J. LEVINE, MD, MPH, FAAFP
STATE HEALTH COMMISSIONER

PO BOX 2448
RICHMOND, VA 23218

TTY 7-1-1 OR
1-800-828-1120

Nombre:
Dirección:
Ciudad, Estado, Código postal:

Por participar en uno de nuestros programas de acceso a medicamentos incluyendo seguro medico pagado por el departamento de salud le exigimos actualizar su elegibilidad cada 6 meses. Su elegibilidad se actualizara durante el mes de su nacimiento y volverá a ocurrir cada 6 meses. Por favor conteste todas las preguntas a continuación. Firme y ponga la fecha y devuelva este formulario completo en el sobre pre-pagado adjunta dentro de los próximos 45 días para asegurar el acceso continuo al programa de medicamentos. **Enviar esta solicitud completa es requisito para continuar obteniendo medicamentos o seguro medico a través de este programa.**

Nosotros le notificaremos en caso de haber algún cambio en su elegibilidad. Por favor llámenos al 1-855-362-0658 si tiene alguna pregunta.

Gracias,

Taylor Waddell

Taylor Waddell
Especialista de Elegibilidad de Medicamentos
Departamento de Salud de Virginia

Nombre: _____Fecha de Nacimiento: _____
Cambio de Dirección: ☐ Sí o ☐No:
Nueva Dirección: _____
Nuevo Número de Teléfono:_____ ☐ Teléfono principal ☐ Teléfono secundario

INGRESOS

Por favor marque uno: ☐ no tiene ingresos ☐ Mis ingresos no ha cambiado ☐ Mis ingresos han cambiado
Si su ingreso ha cambiado desde la última renovación de su certificación hace 6 meses, por favor incluya la documentación apropiada de tres recibos/talonarios de pago consecutivos, la carta del Seguridad Social, declaración de impuestos actual o declaración de apoyo.

ESTADO DE SEGURO

☐ Medicaid ☐Medicare ☐Medicare Parte D ☐ Seguro de Salud a Bajo Precio ☐ Seguros Privados
☐ No hay forma de seguro
Si usted tiene cobertura de seguro de cualquier tipo, por favor incluya copias del frente y reverso de sus tarjetas de seguro.

Yo doy fe de que mi firma en este formulario indica que la información proporcionada es correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento.
Firma: _____ Fecha: _____