

APLICACIÓN DE ADAP EN VIRGINIA

Por favor escriba claramente y conteste todas las preguntas. Si usted necesita ayuda en completar esta aplicación, sírvase contactarse con el Departamento de Salud de Virginia (VDH) al 1-855-362-0658. La aplicación debe de ser enviada por correo a Virginia Department of Health, HCS Unit, 1st Floor, James Madison Building, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219. Usted también puede enviarlo por medio de fax al 804-864-8050. **Por favor incluya todos los documentos requeridos.**

| INFORMACIÓN DEL CLIENTE | | | |
|---|------------------|------------------------------------|-------|
| Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha |
| Dirección | | Número de apartamento | |
| Ciudad | Estado | Código Postal | |
| Número de Seguro Social <input type="checkbox"/> No tengo Número de Seguro Social | | Fecha de Nacimiento | |
| Idioma que usted prefiere | | | |
| Telf. principal | Telf. secundario | | |
| ¿Puede VDH dejarle un mensaje en su grabadora del teléfono? Por favor marque todas las que apliquen (x): | | | |
| <input type="checkbox"/> Telf. principal <input type="checkbox"/> Telf. secundario | | | |
| <input type="checkbox"/> No tengo teléfono. La mejor manera de contactarme es | | | |
| ¿Puede ADAP en Virginia compartir su información con otra persona o contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Si la respuesta es Sí , por favor escriba el nombre de la persona o contacto | | Relación con la persona o contacto | |
| Telf. de la persona o contacto | | | |
| DEMOGRAFÍA | | | |
| Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Transgénero (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> No sabe | | | |
| Género al nacer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | | | |
| Raza y Étnica | | | |
| Raza (marque todas las que aplican) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro /Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawaii, de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska | | | |
| Si es Asiático(a) (marque todas las que aplican) <input type="checkbox"/> Indígena de Asia <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático | | | |
| Si es Nativo(a) de Hawaii, de las islas del Pacífico (marque todas las que aplican) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guam o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| Identidad Étnica <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Si es Hispano/Latino (a), (marque todas las que aplican) <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano Americano, Chicano/a <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| Eres veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

DEPARTAMENTO DE SALUD

Por favor escriba el lugar o departamento de salud local en dónde usted pueda recoger sus medicinas.

1) _____

| INGRESOS | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|---|
| Ingreso Familiar: \$ _____ | | <input type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Especifique otros: _____ | | | |
| Número de personas que viven con usted (incluyendo usted mismo): _____ | | ¿Está trabajando actualmente? | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | |
| Por favor marque todo tipo de ingresos que recibe actualmente | | <input type="checkbox"/> Pensión por divorcio | <input type="checkbox"/> Manutención de menores | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Retiro/pensión | <input type="checkbox"/> Ingresos de Seguro Social | <input type="checkbox"/> Especifique otros: _____ |

| INFORMACIÓN DE SU MEDICO | | |
|---------------------------------|-----------------------------|----------------|
| Nombre de su médico: | | |
| Nombre del consultorio médico: | | |
| Dirección de la oficina médica: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Teléfono de su médico: | Número de fax de su médico: | |

| INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD | | | | |
|--|--|---|--|---|
| ¿Tiene usted algún tipo de seguro médico? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | |
| Si la respuesta es Sí , marque todos los tipos de seguros médicos que usted tenga: | <input type="checkbox"/> Seguro Privado, Por trabajo | <input type="checkbox"/> Seguro Privado, Personal | <input type="checkbox"/> Medicare A/B | <input type="checkbox"/> Medicare D |
| | <input type="checkbox"/> Medicaid /CHIP/Otro seguro públicos | <input type="checkbox"/> Servicios del salud para Indígenas (IHS) | <input type="checkbox"/> VA/TRICARE /Otro seguro militar | <input type="checkbox"/> Especifique otros: _____ |
| Si usted tiene seguro, ¿el seguro le da cobertura para sus medicinas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | |
| ¿Está usted aplicando o ha aplicado para Medicaid? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | |
| Si la respuesta es Sí , ¿Cuándo usted aplicó para Medicaid? | ____/____/____ | ¿Ha recibido una respuesta? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está usted aplicando o ha aplicado para Medicare? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | |
| Si la respuesta es Sí , ¿Cuándo ha aplicado para Medicare? | ____/____/____ | ¿Ha recibido una respuesta? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es Sí , ¿Ha aplicado usted para, Medicare Parte D (cobertura de medicinas)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | |
| Si la respuesta es Sí , en Medicare Parte D, ¿Ha aplicado usted para subsidio de bajos ingresos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe | |
| ¿Está usted aplicando o ha aplicado para Ingresos de Seguro Social (SSI) o Ingresos de Seguridad Social para Incapacitados (SSDI)? | <input type="checkbox"/> Sí, aplico para SSI | <input type="checkbox"/> Sí aplico para, SSDI | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Si la respuesta es Sí , ¿Cuándo aplico para SSI/SSDI? | ____/____/____ | ¿Ha recibido una respuesta? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

INFORMACIÓN DE LAS MEDICINAS

¿Está usted actualmente recibiendo medicinas que ADAP podría cubrir?

Sí

No

No sabe

Si la respuesta es **Sí**, ¿Cuál es recurso, seguro o programa que le paga las medicinas?

Programa de Asistencia para el paciente

Seguro privado

Medicaid

Medicare Parte D

De su bolsillo

VCC/Cuidado para los pobres

Otros, por favor especifique: _____

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Yo entiendo, que es mi responsabilidad dar mi estado medico y prueba de ingresos cada seis meses. Además, entiendo que es mi responsabilidad de notificar al Departamento de Salud de Virginia (VDH), si hay cambios en mi información de contacto, ingresos o estado de seguro (si es aplicable). Si no doy la documentación necesaria, podría poner en peligro la ayuda del Departamento de Salud de Virginia (VDH).

Mi información esta siendo ingresada a una base de datos a nivel estatal por VDH. Yo autorizo a VDH que tenga libertad de compartir mis archivos de manera necesaria para apoyar la solicitud de pago de mi aplicación para Medicare, Medicaid, y/u otros beneficios de atención médicos. Yo pido al tercer partido que pague cualquier beneficio autorizado a VDH para mí. VDH se compromete a compartir toda mi información de manera confidencial. Yo autorizo a VDH para obtener, verificar y/o compartir mi información demografica, información de prescripción médica, y/o información de la cobertura de mi seguro con otras identidades si es necesario, con la finalidad de que coordinen el acceso a mis medicinas. Información puede ser compartida con pero no es limitada a los siguientes: médico, empleados del departamento de salud, otra división de programas para Enfermedades (incluyendo la vigilancia, el cuidado y la prevención), empleados de centro de tratamiento, proveedor de los servicios de farmacia, recurso de referencia, clínica, corredor de seguros y/o compañía de seguros. VDH está de acuerdo en tratar esta información como confidencial.

Yo entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor mientras mi dependiente o yo permanezcamos en ADAP o hasta que me retire.

Yo he leído, yo entiendo y estoy de acuerdo en aceptar las Responsabilidades del Cliente y El Dar Consentimiento. Yo verifico que mi información esta completa y exacta en esta aplicación de acuerdo a mi conocimiento.

Firma del Cliente, Padre/Guardián Legal o Persona que actúa como un padre

Fecha en que firma

Relación (Si la firma no es del Cliente)

Firma de la Persona que otorga el Consentimiento

Fecha en que firma

Por favor proporcione esta información que se encuentra debajo, si un amigo, miembro familiar o asesor le ayudo a llenar la aplicación:

Nombre:

Nombre Inicial:

Apellido:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número Telf.:

En orden de procesar su información de una manera rápida, es importante que la aplicación este completa. Si su aplicación no está completa, nosotros no podremos procesar su aplicación y puede haber un retraso en obtener sus medicinas.

MEDICAL CERTIFICATION FORM

Please complete and return to: Virginia Dept. of Health, Attn: Eligibility, 1st floor, P.O Box 2448, Room 326
Richmond, VA 23218 or fax to 804-864-8050. Call 855-362-0658 with any questions.

| MEDICAL PROVIDER CONTACT INFORMATION | | |
|---|---------------------|-----------------------|
| Date Form Completed: | | |
| Client First Name: | Client Last Name: | Client Date of Birth: |
| Person Completing Form | | |
| Phone Number for Person Completing Form | | |
| Medical Provider Name | | |
| Medical Practice Name | | |
| Provider Phone Number | Provider Fax Number | |

| CLIENT MEDICAL INFORMATION | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Current Disease Status | <input type="checkbox"/> HIV Positive, not AIDS | <input type="checkbox"/> HIV Positive, AIDS status unknown | <input type="checkbox"/> CDC-defined AIDS | <input type="checkbox"/> Pediatric (Indeterminate) |
| Current CD4 Count | _____ | Date of Current CD4 Count | ___/___/___ | |
| Current Viral Load | _____ | Date of Current Viral Load | ___/___/___ | |
| Date of Last HIV Medical Care Visit | ___/___/___ | | | |
| <u>List Medications Prescribed for this Client (or attach a medication list)</u> | | | | |
| MEDICATION NAME | | DOSAGE | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| I certify that I am treating the above named client for HIV and that all information provided in this form is accurate and complete to the best of my knowledge. | | | | |
| _____ Signature of Physician | | _____ Date Signed | | |

| HEALTH COVERAGE INFORMATION (OPTIONAL) | |
|--|--|
| Have you used tobacco products in any form within the last 12 months? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| If, Yes please provide the type, amount of tobacco used and frequency? | |