



COMMONWEALTH of VIRGINIA
Department of Health

Dear Medication Assistance Program Client:

Taking your medications every day is an important step to staying healthy. The Virginia Department of Health's (VDH) Medication Assistance Program currently provides you with health insurance assistance or directly provides your drugs. If you do not return your information, VDH cannot provide you medication or assistance with health insurance. Please complete, sign and return this form:

I, _____, currently receive medications or assistance with health insurance from VDH. I understand that I must report any change in my income, address, and insurance information to continue getting these services. I can meet this requirement by answering the following questions:

Date of Birth: _____ Gender: [] Male [] Female [] Transgender (Male to Female) [] Transgender (Female to Male)

- 1. Has your income changed (up or down) in the last 6 months? ___NO ___YES. Write your new income here \$_____ and mail a tax return, paystubs, support letter or other proof of income back with this form.
2. Has your address changed in the last 6 months? ___NO ___YES. Write your new address here _____ and mail a copy of your driver's license, utility bill, lease, or other proof of address back with this form.
3. Do you have health insurance that VDH does not pay for? ___NO ___YES. If so, has it changed in the last 6 months? ___NO ___YES. My health insurance has changed. Write the name of your health insurance company here _____ and mail a copy of your health insurance card back with this form.

CLIENT SIGNATURE: _____ DATE: _____

YOU MUST RETURN THIS FORM TO CONTINUE GETTING HELP WITH YOUR MEDICATIONS AND HEALTH INSURANCE.

Mail this form to Virginia Department of Health, HCS Unit, 109 Governor Street, 1st Floor, Richmond, VA 23219 or fax this form to 1-804-864-8050. If you have any questions, please call the Medication Eligibility Hotline at 1-855-362-0658.



COMMONWEALTH of VIRGINIA

Departamento de Salud

Estimado Cliente del Programa de Asistencia de Medicamentos:

Tomar sus medicamentos todos los días es un paso importante para mantenerse saludable. El Programa de Asistencia de Medicamentos del Departamento de Salud de Virginia (VDF) actualmente le proporciona asistencia de seguro de salud o le proporciona sus medicamentos directamente. Si no envía su información, VDH no puede proporcionarle medicamentos o ayuda con el seguro de salud. Por favor complete, firme y devuelva este formulario:

Yo, _____, recibo actualmente medicamentos o asistencia
(Escribe tu primera nombre y apellido)

con el seguro de salud de parte de VDH. Entiendo que debo reportar cualquier cambio en mis ingresos, dirección o información del seguro para continuar recibiendo estos servicios. Puedo satisfacer este requisito contestando las siguientes preguntas:

Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino
 Transgénero (Masculino a femenino) Transgénero (Femenino a masculino)

1. ¿Ha cambiado su ingreso (aumentado o disminuido) en los últimos 6 meses? ___NO ___SÍ.
Anote su nuevo ingreso aquí \$ _____ y envíe por correo una declaración de impuestos, talones de pago, carta de apoyo u otra prueba de ingreso de vuelta con este formulario.
2. ¿Ha cambiado su dirección en los últimos 6 meses? ___NO ___SÍ.
Anote su nueva dirección aquí _____ y envíe por correo una copia de su licencia de conducir, factura de servicios públicos, contrato de renta u otro comprobante de domicilio de vuelta con este formulario.
3. ¿Tiene seguro de salud el cual no es pagado por VDH? ___NO ___SÍ.
¿Si es así, ha cambiado de seguro en los últimos 6 meses? ___NO ___SÍ. Mi seguro de salud ha cambiado. Anote el nombre de su compañía de seguro de salud aquí _____ y envíe por correo una copia de su tarjeta de seguro de salud de vuelta con este formulario.

FIRMA DEL CLIENTE: _____ FECHA: _____

DEBE DEVOLVER ESTE FORMULARIO PARA CONTINUAR OBTENIENDO AYUDA CON SUS MEDICAMENTOS Y SEGURO DE SALUD.

Envíe este formulario al Departamento de Salud de Virginia, HCS Unit, 109 Governor Street, 1st Floor, Richmond, VA 23219 o por fax al 1-804-864-8050. Si tiene preguntas, llame a la Línea de Elegibilidad de Medicamentos al 1-855-362-0658.