PATIENT SERVICES INCORPORATED
"Making the Gift Of Health A Lifetime Benefit"

Virginia ADAP Application

VIRGINIA DEPARTMENT OF HEALTH
Protecting You and Your Environment

PATIENT INFORMATION (*Please fill this out the best you can.*)

First Name ___________________________ Last Name __________________________________ Middle Initial ______

Address: ____

City: ____________________________ State: ________ Zip Code: _______________ Date of Birth: ____/_____/_____

Social Security Number *(If you have one)*:________/_______/__________Language preference: _______________________

Are you under the age of 18? ❑Yes ❑No Are you pregnant? ❑Yes ❑No

Are you scheduled to be released from a state correctional facility in the next 30 days? ❑Yes ❑No

Have you been released from a state correctional facility in the last 30 days? ❑Yes ❑No

Race:	**Ethnicity**	**Relationship Status:**	**Gender**
❑American Indian or Alaskan Native	❑Hispanic	❑Single	❑Male
❑Asian	❑Not Hispanic	❑Married	❑Female
❑Black or African American		❑Divorced	❑Transgender (Male to Female)
❑White/Caucasian		❑Separated	❑Transgender (Female to Male)
❑Other ___________________________		❑Partnered	
		❑Widowed	

CONTACT INFORMATION:

❑Home: (______)______________ May PSI leave a detailed voicemail on your phone? ❑ **Yes** ❑ **No**

❑Work: (______)______________ *If yes, please CIRCLE the approved numbers:* ***Home Work Cell Other***

❑Cell: (______)______________ May PSI contact you by e-mail? ❑ **Yes** ❑ **No**

❑Other: (______)______________ E-mail Address: ____

❑ I don't have a phone. The best method to contact me is: ____

May PSI share your information with an alternate contact? ❑ **Yes** ❑ **No** *(examples: friend, advocate, case manager)*

If yes, Name: ______________________ Relationship: _____________ Number: (______)__________________

Preferred contact timeframe between ______ : _______ am / pm and ______ : _______ am / pm

INCOME INFORMATION:

Number of people in your family unit/household: ______ (*include yourself*) Total household annual income: $___________**

Are you employed? ❑Yes ❑No (*If you are not employed, what type of income do you receive? Please check all that apply)*

❑ Alimony/Child Support ❑ Retirement/Pensions ❑ Social Security Income/Social Security Disability Income

❑ Other ____

****Note**
- If you are pregnant, you may claim your unborn child as a family member for this application.
- "Family unit/household" may include applicant, legal spouse, dependents, and unmarried adults who identify as a unit and pool or co-mingle income.
- Individuals with no income must provide a signed letter of support (food & shelter letter) from the person supporting them or personal documentation of their personal employment status with this application.

* ***Please continue on other side →***

PSI

PATIENT SERVICES INCORPORATED
"Making the Gift Of Health A Lifetime Benefit"

Virginia ADAP Application

VDH VIRGINIA DEPARTMENT OF HEALTH Protecting You and Your Environment

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE *(Complete lo siguiente de la mejor manera que le sea posible.)*

Nombre ___________________________ Apellido _________________________ Inicial del segundo nombre_________

Dirección: ____

Ciudad: __________________ Estado: ________ Código postal: ___________ Fecha de nacimiento:____/_____/______

Número del Seguro Social *(en caso de tenerlo)*:________/_______/_________Preferencia de idioma: __________________

¿Es menor de 18 años? ❑Sí ❑No

¿Está embarazada? ❑Sí ❑No

¿Está programada su liberación de un centro penitenciario estatal en los próximos 30 días? ❑Sí ❑No

¿Se lo ha liberado de un centro penitenciario estatal en los últimos 30 días? ❑Sí ❑No

Raza:	**Origen étnico**	**Estado de relación:**	**Sexo**
❑Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska	❑Hispano/a	❑Soltero/a	❑Masculino
❑Asiático/a	❑No hispano/a	❑Casado/a	❑Femenino
❑De raza negra o afroamericano/a		❑Divorciado/a	❑Transexual (masculino a femenino)
❑De raza blanca o caucásico/a		❑Separado/a	❑Transexual (femenino a masculino)
❑Otro ___________________________		❑En pareja	
		❑Viudo/a	

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

❑Particular: (______)___________ ¿PSI puede dejar un mensaje de voz detallado en su teléfono? ❑ **Sí** ❑ **No**

❑Trabajo: (______)_____________ *Si responde Sí, HAGA UN CÍRCULO en todos los números aprobados:*

Particular Trabajo Móvil Otro

❑Móvil: (______)______________ ¿PSI puede comunicarse con usted por correo electrónico? ❑ **Sí** ❑ **No**

❑Otro: (______)________________ Dirección de correo electrónico:_______________________________________

❑No tengo teléfono. La mejor manera de comunicarse conmigo es: ____

¿PSI puede revelar su información a un contacto alternativo? ❑ **Sí** ❑ **No** *(ejemplos: amigo, abogado, gerente de casos)*

Si responde Sí, indique el nombre: _____________ Relación: _______________ Número: (______)________________

Lapso de tiempo de contacto preferido entre ______ : _______ a. m./p. m. y ______ : _______ a. m./p

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:

Número de personas en su grupo familiar/hogar:______ *(inclúyase usted mismo)* Ingresos totales del grupo familiar: $_____

¿Es empleado? ❑Sí ❑No *(Si no es empleado, ¿qué tipo de ingresos recibe? Marque todo lo que corresponda)*

❑ Pensión alimenticia/manutención ❑ Jubilaciones/pensiones ❑ Ingreso del Seguro Social/Ingreso del Seguro Social por Incapacidad ❑ Otro ___________________________________

****Nota:**
- □ Si está embarazada, puede solicitar que su hijo aún no nacido sea considerado un integrante de la familia para esta solicitud.
- □ "Unidad familiar/casa" puede incluir al solicitante, cónyuge legal, personas dependientes y adultos solteros que se identifiquen como una unidad y aúnen o combinen sus ingresos.
- □ Las personas sin ingresos deben proporcionar junto con esta solicitud una carta de manutención firmada (carta de alimentación y vivienda) de parte de la persona que los mantiene o la documentación personal de sus estados de empleo personales.

* ***Continúe al dorso →***

HEALTH INSURANCE STATUS (check all that apply)**:**

❑ Medicaid ❑ Medicare ❑ Medicare Part D ❑ Private Insurance ❑ No Insurance ❑ Limited Pharmacy Benefits
❑ I do not have any form of health coverage or insurance

Are you or have you applied for ❑ Medicaid ❑ Medicare or ❑ Social Security Disability?
If so, when did you apply?_____ Have you received a response? ❑Yes ❑No

Do you have a Social Worker/Case Manager? If yes, provide their name and number:

Name: _____ Phone: (_____) _____ - _____

Organization: _____

HEALTH DEPARTMENT INFORMATION

Please list the Virginia Health Department, Medicine Pick Up Office or Medicine Pick Up location you will/ would use. If you will use more than one location, please list those as well.

1) Health Department/ Med Pick Up Site _____

2) Health Department/ Med Pick Up Site _____

MEDICAL PROVIDER INFORMATION

Please list the name of your Medical Provider/Physician who treats you on a regular basis.

Name: _____ Phone: (_____) _____ - _____

PATIENT RESPONSIBILITIES AND RELEASE CONSENT:

Choice Policy
My signature below confirms that my choice of health departments, physician, and medications was made freely and in m best medical interests. My choice has not been impacted by any information received from or about PSI or its employees or agents.

Patient Responsibilities
I understand it is my responsibility to provide medical status every six months and proof of income annually. I further understand it is my responsibility to notify PSI of any changes in my contact information, income or insurance status (if applicable). Failure to provide the necessary documentation could jeopardize my approved assistance through PSI and the Virginia Department of Health.

Consent
I hereby give my consent to Patient Services Incorporated (PSI) to obtain, verify, and/or release my demographic, medical, prescription, and/or insurance coverage information, with other entities as necessary to provide PSI assistance. Information may be shared with but is not limited to the following: physician, health department personnel, treatment center personnel, pharmacy services provider, referral source, clinic, and/or insurance carrier. PSI agrees to treat any and all such information as confidential.

I verify that I have read, understand, and agree to the responsibility of the enclosed PSI Notice of Privacy Practices regarding the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1993 and I acknowledge that I have read, understand and agree to the above Patient Responsibilities and Release Consent. I verify that the information provided in this application is complete and accurate to the best of my knowledge.

Applicant Signature: _____ Date: _____

Please provide the information below if a friend, family member or advocate helped to complete this application:

Name _____ Relationship to Applicant _____

Address _____ Phone number (_____)_____

City_____ State _____ Zip Code _____

ESTADO DEL SEGURO MÉDICO (marque todo lo que corresponda)**:**

❑ Medicaid ❑ Medicare ❑ Medicare Parte D ❑ Seguro privado ❑ Sin seguro
❑ Beneficios de farmacia limitados ❑ No tengo ninguna forma de cobertura o seguro médico

¿Tiene o ha solicitado ❑ Medicaid ❑ Medicare ❑ o el Seguro Social por Incapacidad?
De ser así, ¿cuándo lo solicitó?_____ ¿Recibió una respuesta? ❑Sí ❑No

¿Tiene un trabajador social/gerente de casos? Si responde Sí, proporcione su nombre y número:

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Organización:_____

INFORMACIÓN SOBRE EL DEPARTAMENTO DE SALUD

Indique el Departamento de Salud, la Oficina de Distribución de Medicamentos o el lugar de Distribución de Medicamentos de Virginia que utilizará/utilizaría. Si utilizará más de un lugar, indíquelos también.

1) Departamento de Salud/Sitio de Distribución de Medicamentos _____

2) Departamento de Salud/Sitio de Distribución de Medicamentos _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR MÉDICO

Indique el nombre del proveedor médico/médico que lo trata regularmente.

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

CONSENTIMIENTO DE DESCARGO Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

Política de elección
Mi firma a continuación confirma que mi elección de departamentos de salud, médico y medicamentos fue realizada con libertad y teniendo en cuenta mis mejores intereses desde el punto de vista médico. Mi elección no ha sido influenciada por ninguna información recibida de PSI o acerca de PSI, o sus empleados o agentes.

Responsabilidades del paciente
Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar mi estado médico cada seis meses y un comprobante de mis ingresos anualmente. También entiendo que es mi responsabilidad notificar a PSI de cualquier cambio en mi información de contacto, mis ingresos o el estado del seguro (si corresponde). La falta de envío de la documentación necesaria podría poner en riesgo mi asistencia aprobada por PSI y el Departamento de Salud de Virginia.

Consentimiento
Por el presente otorgo a Patient Services Incorporated (PSI) mi consentimiento para que obtenga, verifique y/o comparta mi información demográfica, médica, de medicamentos recetados y/o de cobertura de seguro, con otras entidades, según sea necesario, para proporcionar la asistencia de PSI. La información se puede compartir con los siguientes, entre otros: médico, personal del departamento de salud, personal del centro de tratamiento, proveedor de servicios de farmacia, fuente de referencia, clínica y/o aseguradora. PSI acepta tratar con confidencialidad dicha información.

Confirmo que he leído, entiendo y acepto la responsabilidad del Aviso de Prácticas de Privacidad de PSI adjunto referente a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1993 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) y reconozco que he leído, entiendo y acepto la parte de Consentimiento de descargo y responsabilidades del paciente expuesta anteriormente.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Proporcione la información a continuación si un amigo, un integrante de la familia o un abogado lo ayudó a completar esta solicitud:

Nombre _____ Relación con el solicitante _____

Dirección _____ Número de teléfono (_____)_____

Ciudad_____ Estado _____ Código postal _____