



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 (VDH) 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
 (Escriba su primer 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 residencia 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 del anverso y reverso 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.