

## APLICACIÓN DE RECERTIFICACIÓN EN VIRGINIA

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con el Departamento de Salud de Virginia al 1-855-362-0658. La solicitud puede ser enviada por correo a Virginia Department of Health, HCS Unit, 1<sup>st</sup> Floor, James Madison Building, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219 o por fax al 804-864-8050.

¿Usted:

1. Sí  No  respondió a todas las preguntas en la solicitud?
2. Sí  No  incluya prueba de residencia con la dirección actual de Virginia?
3. Sí  No  incluya su comprobante de ingreso actual?
4. Sí  Tengo seguro de salud  incluyó una copia (frente y parte posterior) de la tarjeta de su seguro de salud (si corresponde)?   
No, no tengo seguro de salud.
5. Sí  No  firmó y puso la fecha en la solicitud?

- ❖ Si respondió "Sí" en todas las preguntas anteriores, su solicitud será procesada.
- ❖ Si respondió "No tengo seguro de salud" en la pregunta anterior 4 pero marcó "sí" en todas las demás preguntas, su solicitud será procesada.
- ❖ Si respondió "No" a cualquier pregunta anterior, su solicitud no podrá ser procesada

Por favor, confirme que la solicitud está completa basándose en las preguntas anteriores. ¿Quién presenta esta solicitud? (Cliente, Administrador de Caso, Otro):

Nombre:

Número de teléfono de contacto:

Relación con el cliente:

Firma:

Fecha:

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha
Dirección		Número de apartamento	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Telf. principal	Telf. secundario		

### INGRESOS

Ingresos Del Hogar: \$ _____	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Especifique otros: _____
Número de personas que viven con usted (incluyendo usted mismo): _____	<b>¿Está trabajando actualmente?</b> <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 DEL SEGURO DE SALUD

¿Tiene actualmente algún tipo de seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>Seguro de Salud a Bajo Precio</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>Seguro Privado, Por trabajo</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>Seguro Privado, Personal</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>Servicios del salud para Indigenas (IHS)</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>Medicaid /CHIP/Otro seguro públicos</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>VA/TRICARE /Otro seguro militar</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>Medicaid</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe

	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>Medicare</b>			
Si la respuesta es <b>Sí</b> , ¿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 <b>Sí</b> , en Medicare Parte D, ¿Ha aplicado usted para subsidio de bajos ingresos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe

Ingresos del Seguro Social (SSI) o el Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)?	<input type="checkbox"/> Sí, para SSI	<input type="checkbox"/> Sí, para SSDI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
--	---------------------------------------	--	-----------------------------	--------------------------------

### CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar el estado médico y comprobante de ingresos cada seis meses. Además, entiendo que es mi responsabilidad notificar a VDH de cualquier cambio en mi información de contacto, ingreso o situación del seguro (si corresponde). El no proporcionar la documentación necesaria podría poner en peligro mi asistencia aprobada a través del Departamento de Salud de Virginia.

Entiendo que esta información está siendo ingresada en una base de datos por el Departamento de Salud de Virginia. Autorizo a VDH a divulgar los expedientes necesarios para apoyar la solicitud de pago por Medicare, Medicaid u otros beneficios de atención de salud. Solicito a un tercero pagador que pague cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre. Por medio del presente doy mi consentimiento a VDH para obtener, verificar y/o divulgar mi información demográfica, médica, de prescripción y/o cobertura de seguro, con otras entidades, según sea necesario para administrar efectivamente mi acceso a medicamentos. La información puede ser compartida con, pero sin limitarse a los siguientes: médico, personal del departamento de salud, otros programas de la División de Prevención de Enfermedades (incluyendo Vigilancia, Atención y Prevención), personal del centro de tratamiento, proveedor de servicios de farmacia, fuente de remisiones, clínica, corredor de seguros y/o compañía aseguradora. VDH acepta tratar toda información como confidencial.

Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor mientras mi dependiente o yo permanezcamos en VA MAP o hasta que yo lo retire.

**He leído, entiendo y acepto las anteriormente mencionadas Responsabilidades del Cliente y Liberación de Consentimiento. Confirmando que la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa a mi leal saber y entender.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha en que firma

\_\_\_\_\_  
Relación (Sí la firma no es del Cliente)

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona que otorga el Consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha en que firma