

Solicitud e instrucciones para los Uninsured Care Programs

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
AIDS Institute
Uninsured Care Programs
Empire Station, P.O. Box 2052
Albany, NY 12220
1-800-542-2437 o 1-844-682-4058

Medications (ADAP)
ADAP Plus (Primary Care)
Home Care Program

ADAP Plus Insurance Continuation (APIC)
Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program (PrEP-AP)

Información general

El AIDS Institute (Instituto para el Sida) del NYS Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York) ofrece cinco programas de acceso a la atención médica: AIDS Drug Assistance Program (Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida, ADAP) Primary Care (Atención Primaria), Home Care (Atención Domiciliaria), ADAP Plus Insurance Continuation (Continuación del Seguro ADAP Plus, APIC) y Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program (Programa de Asistencia de Profilaxis Antes de la Exposición, PrEP-AP) para los residentes del estado de Nueva York sin seguro o con seguro insuficiente. Los Programas se valen del mismo formulario de solicitud y proceso de inscripción; se necesitan formularios adicionales para Home Care y el APIC.

El **ADAP** paga medicamentos para el tratamiento del VIH/sida e infecciones oportunistas. El ADAP puede ayudar a las personas sin seguro, a las que tienen seguro parcial, a las que tienen un programa de reducción/excedente de ingresos de Medicaid o Medicare Part D.

ADAP Plus (Primary Care) paga los servicios de atención primaria ambulatoria a través de clínicas, hospitales, proveedores de laboratorio y médicos privados participantes.

El **Home Care Program** paga los servicios de atención domiciliaria a dependientes con enfermedades crónicas según lo indicado por su médico. El programa cubre servicios a través de las agencias de atención médica domiciliaria inscritas.

ADAP Plus Insurance Continuation (APIC) paga primas de seguro médico económicas a los participantes elegibles.

Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program (PrEP-AP) paga los servicios ambulatorios a participantes elegibles para la atención y la supervisión necesarias con el fin de aplicar satisfactoriamente la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y así prevenir la infección por el VIH.

Declaración de confidencialidad de los Uninsured Care Programs

De conformidad con la legislación del estado de Nueva York, la información relacionada con el VIH que se dé a los Uninsured Care Programs (Programas de Atención Médica para Personas Sin Seguro) se mantendrá estrictamente confidencial. Dicha información (es decir, que usted es un participante) podría darse a aquellas partes que la necesiten para la correcta administración de los Programas. Estas son personas y organizaciones con quienes el programa debe analizar su solicitud o participación con el fin de determinar la elegibilidad, pagar los servicios o los medicamentos cubiertos por los Programas o justificar debidamente los fondos gastados. El personal de los Programas es consciente de la necesidad de respetar la confidencialidad y privacidad del participante, y solo analizaremos información personal cuando sea estrictamente necesario para la administración de los Programas.

Para que usted pueda entender el problema de la confidencialidad y las condiciones de participación en los Programas, le ofrecemos los siguientes ejemplos:

- Los Programas **NO** se comunicarán con su empleador, arrendador, familiares, amistades, vecinos ni ninguna otra persona sin su consentimiento expreso, aunque estos estén relacionados de manera directa con su solicitud o participación en los Programas.
- Los Programas podrían comunicarse con su médico o proveedor de atención médica para obtener o aclarar información necesaria en el formulario de elegibilidad médica.
- Los Programas le confirmarán a un farmacéutico o proveedor de atención médica que usted está inscrito y paga los servicios o medicamentos cubiertos cuando les muestre su tarjeta del programa, donde figura su nombre y número de identificación.

- Los Programas analizarán la solicitud de personas encarceladas con los empleados penitenciarios o de libertad bajo palabra autorizados, según sea necesario para la inscripción en los Programas.

Usted puede indicar por escrito a los Programas con quién quiere que se comuniquen si no logran ubicarlo para pedirle información (p.ej., el trabajador social que lo ayuda a solicitar los beneficios del programa o un familiar o amistad de confianza).

Los Uninsured Care Programs son el pagador de último recurso y se comunicarán con su compañía de seguro médico u otro pagador tercero que reembolse al ADAP por los medicamentos que se le hayan provisto a través de los Programas. Esto es necesario para que el ADAP recupere los fondos que se usan para expandir los Programas y así cubrir nuevos medicamentos o servicios y a una mayor cantidad de personas.

Estas condiciones se aplican desde la fecha de su solicitud hasta su baja de los Programas, incluido el tiempo necesario para completar cualquier procedimiento de reembolso a terceros por medicamentos provistos o servicios prestados por los Programas. Usted puede poner fin a su inscripción en los Programas por escrito y en cualquier momento.

Puede encontrar una copia de la Declaración de privacidad de los Programas en <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>.

Si tiene alguna pregunta, llame al **1-800-542-2437** o **1-844-682-4058**.

**TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA A LOS PROGRAMAS
SERÁ ERICTAMENTE CONFIDENCIAL.**

Instrucciones para la solicitud

La elegibilidad se basa en la necesidad médica y financiera. Junto con la solicitud completa, deberá presentar documentación sobre su residencia e ingresos. Su médico deberá presentar la solicitud médica por separado.

Cuando se lo apruebe, usted recibirá una tarjeta de elegibilidad e instrucciones sobre cómo usarla. Debe presentar esta tarjeta y la receta en una farmacia participante para recibir medicamentos cubiertos sin costo. Muéstreles su tarjeta a los proveedores de atención médica participantes para recibir servicios médicos cubiertos sin cargo. Si los necesita, recibirá servicios de atención domiciliaria sin cargo de una agencia de atención médica domiciliaria inscrita (beneficio máximo de por vida de \$30,000).

A. Información del solicitante

Nombre

Anote su nombre completo, número de Seguro Social y fecha de nacimiento. Si lo llaman por otro nombre, anótelos en el espacio provisto y díganos qué nombre quiere que se imprima en la tarjeta. Asegúrese de que el nombre que quiere en la tarjeta sea el mismo que los médicos anoten en las recetas.

Dirección

Se requiere un comprobante de residencia en el estado de Nueva York. La residencia puede documentarse con la copia de UNA de las siguientes opciones (donde figure su nombre y dirección). Si tiene un apartado postal donde recibe correspondencia, debe incluir información donde figure su dirección física para poder documentar la residencia en el estado de Nueva York.

- Recibo de pago de salario o extracto bancario con su nombre y dirección (de los últimos 90 días)
- Notificación actual de la decisión de Medicaid
- Factura de combustible o servicios públicos (de los últimos 90 días)
- Factura de teléfono (de los últimos 90 días)
- Recibo del pago de alquiler (de los últimos 90 días)

Si usted vive con otra persona y no tiene ninguno de estos documentos a su nombre, necesitamos un comprobante de la residencia de esa persona y una carta donde declare que usted vive con ella.

Género/Raza/Etnia/Idioma

Verifique su género, raza, etnia y preferencia de idioma.

B. Cobertura de atención médica

Los Programas pueden ayudar a las personas que tienen otra cobertura médica y que tienen dificultades para pagar los deducibles, copagos, programas de reducción/excedente de ingresos de Medicaid u otros costos de bolsillo. Incluya una copia del frente y del dorso de todas las otras tarjetas de cobertura médica.

Medicaid

Indique cuál es su estado de Medicaid o si solicitó dicho seguro médico. Si usted tiene un programa reducción/excedente de ingresos, anote la cantidad en el espacio provisto.

Medicare

Indique si tiene Medicaid y, de ser así, qué tipo (A, B, C o D).

Seguro médico

Asegúrese de responder todas las preguntas relacionadas con el seguro médico. Si tiene dificultades para pagar las primas del seguro médico, llame al **1-800-542-2437** o **1-844-682-4058** o complete la solicitud del APIC (número de formulario DOH-2794c) que está en <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>.

C. Ingresos del solicitante y de los miembros del grupo familiar

Situación de vivienda

Marque el casillero que describa su situación de vivienda.

Miembros del grupo familiar

Enumere a todos los miembros del grupo familiar. Cualquier persona que sea legalmente responsable de usted o viceversa se considera un miembro del grupo familiar. Esto incluye a los cónyuges y a cualquier hijo menor de 21 años de edad o a padres y hermanos, si usted es menor de 21 años de edad.

Elegibilidad financiera

La elegibilidad financiera se basa en el 500% del nivel federal de pobreza (FPL). El FPL varía según el tamaño del grupo familiar y se actualiza todos los años. La elegibilidad financiera se calcula sobre los ingresos brutos disponibles para el grupo familiar, sin incluir las retenciones de Medicare y de Seguro Social y el costo de la cobertura de atención médica que pague el solicitante.

Fuentes de ingresos

Enumere todas sus fuentes de ingresos y las de los miembros del grupo familiar. Esto hace referencia a los ingresos de los miembros del grupo familiar con quienes usted tiene una relación de responsabilidad legal (por ejemplo, cónyuge o hijo, pero no tío, primo o compañero de cuarto). Para cada fuente, indique la cantidad bruta (antes de impuestos), la frecuencia con la que se reciben los ingresos y si se trata de sus ingresos o los de un miembro del grupo familiar. Si algún miembro del grupo familiar no tiene ingresos, indíquelo en la sección de ingresos. Se requiere una constancia de ingresos. Provea documentación completa para cada fuente de ingresos enumerada. Los tipos de fuentes de ingresos incluyen: salarios/sueldos (a tiempo parcial o completo), trabajador autónomo, desempleo, indemnización por accidentes laborales, asistencia pública, Seguro de Ingreso Suplementario (SSI), Seguro Social por Discapacidad (SSD), Seguro Social por Jubilación, pensión, beneficios para veteranos, pensión alimentaria/manutención de menores, intereses/dividendos/regalías, propiedades en alquiler, otros (especifique), ningún ingreso y supervivencia con ahorros.

Para trabajadores asalariados

Los ingresos deben documentarse con copias de recibos de pago de salario de los últimos 30 días. En el recibo de pago de salario deben figurar los ingresos del año hasta la fecha, las horas trabajadas, todas las deducciones y las fechas cubiertas en dicho recibo. Si no puede obtener los recibos de pago de salario, envíenos una carta de su empleador donde figuren sus ingresos anuales brutos y una copia de su declaración de impuestos más reciente. No es necesario que la carta esté dirigida a los Programas. Una carta dirigida "A quien corresponda" será suficiente.

Trabajadores autónomos/Ingresos por alquiler

Provea su declaración de impuestos más reciente y una declaración de los ingresos anuales actuales previstos.

Otros ingresos

Debe enviar copias de cartas de adjudicación o cheques de ingresos de Seguro Social por Discapacidad/Seguro de Ingreso Suplementario, cheques de beneficios por desempleo, cheques de pensión, etc., como comprobantes de otros tipos de ingresos.

Ningún ingreso

Si no tiene ingresos y vive de la asistencia de una amistad o familiar, provea una carta de esa persona donde declare de qué manera lo asiste.

Supervivencia con ahorros

Envíenos una copia del extracto de su cuenta de ahorros.

E. Contactos alternativos

Para que el personal del Programa pueda hablar con otras personas sobre su solicitud, debe enumerarlas aquí. Lea la declaración de confidencialidad que describe con quién podríamos comunicarnos sobre su solicitud y su inscripción.

F. Declaración de certificación y firma

Lea detenidamente la Declaración de certificación y, a continuación, firme y coloque la fecha en la solicitud. No podremos procesar la solicitud si no está firmada. Conserve copias de la solicitud y de toda la documentación para su registro personal.

Problemas o preguntas

Si tiene problemas para completar la solicitud o si tiene preguntas sobre los Uninsured Care Programs o cualquier documentación requerida, llame al número sin cargo: **1-800-542-2437** o **1-844-682-4058** o revise el documento "Preguntas frecuentes" que está en <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>.

Solicitud para los Uninsured Care Programs

Esta solicitud se usa para determinar la elegibilidad para los programas AIDS Drug Assistance Program (ADAP), ADAP Plus (atención primaria), HIV Home Care, ADAP Plus Insurance Continuation (APIC) y Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program (PrEP-AP). Se requiere documentación adicional para los programas Homecare y ADAP Plus Insurance Continuation. Si tiene alguna pregunta sobre los programas o sobre cómo completar esta solicitud, llame a nuestra línea directa confidencial al **1-800-542-2437** o **1-844-682-4058**.

COMPLETE ESTA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD Y CON LETRA CLARA.

A. Información del solicitante

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Otros nombres _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Número de Seguro Social _____

Dirección *Se requiere comprobante de residencia.*

Calle _____ N.º de apto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Se puede enviar información sobre el programa a esta dirección?

Sí No *Si la respuesta es "No", adjunte una explicación con una dirección alternativa.*

Teléfono

Teléfono principal (_____) _____ Teléfono secundario (_____) _____

¿Podemos dejarle un mensaje? Sí No

Género *Seleccione todas las opciones que correspondan:* Mujer Hombre Transgénero Género no binario

Raza Blanca Negra/Afroamericana Indígena americana o nativa de Alaska

Asiática: Indoasiática China Filipina Japonesa Coreana Vietnamita Otra raza asiática

Nativa de Hawái/de las islas del Pacífico: Nativa de Hawái Guameña o chamorra Samoana Otra raza isleña del Pacífico

Más de una raza Otra _____

Etnia No hispana

Hispana/latina: Mexicana, mexicoamericana, chicana Puertorriqueña Cubana Otra etnia hispana/latina o de origen español

Preferencia de idioma Inglés Español Otro _____

¿Necesita servicios de asistencia de idiomas? Sí No

Estado civil Soltero Casado, vive con su cónyuge Casado, no vive con su cónyuge

B. Cobertura de atención médica

¿Tiene otra cobertura de atención médica? (Póliza privada, HMO, plan médico del sindicato, plan médico para jubilados, Medicare u otro plan) Sí No

Si es Medicare, ¿qué tipo? A: Seguro hospitalario B: Atención primaria C: Medicare Advantage Plan D: Medicamentos con receta

¿Paga primas del seguro médico? Sí No

Si tiene seguro médico, envíe una copia del frente y del dorso de sus tarjetas.

Llame al programa al 1-800-542-2437 o 1-844-682-4058 para averiguar cómo obtener ayuda para pagar el seguro médico.

Medicaid

Si tiene Medicaid con reducción de ingresos, ingrese la cantidad de reducción de ingresos \$ _____

Si le denegaron Medicaid, indique el motivo _____

C. Ingresos del solicitante y de los miembros del grupo familiar *Se requiere una constancia de ingresos.*

Vive solo Vive con otras personas No tiene casa/vive en un refugio Salí del servicio penitenciario

Enumere por separado todas las fuentes de ingresos del solicitante y de todos los miembros del grupo familiar.

Nombre del miembro del grupo familiar*	Fecha de nacimiento	Parentesco Usted
Fuente de ingresos	Cantidad bruta	Frecuencia <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Nombre del miembro del grupo familiar*	Fecha de nacimiento	Parentesco
Fuentes de ingresos	Cantidad bruta	Frecuencia <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Nombre del miembro del grupo familiar*	Fecha de nacimiento	Parentesco
Fuentes de ingresos	Cantidad bruta	Frecuencia <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Nombre del miembro del grupo familiar*	Fecha de nacimiento	Parentesco
Fuentes de ingresos	Cantidad bruta	Frecuencia <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

**Si quiere que hablemos con un miembro del grupo familiar que figura en la lista, agregue su nombre como contacto alternativo en la sección D.*

D. Contactos alternativos

Al firmar esta solicitud, autorizo a los Uninsured Care Programs a hablar con las siguientes personas sobre mi solicitud (p.ej., trabajador social, administrador del caso, familiar):

Nombre	Organización	Parentesco	Teléfono
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____

E. Declaración de certificación y firma

Certifico que toda la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta, y que soy residente del estado de Nueva York. Entiendo lo siguiente:

Esta información se da en relación con la recepción de fondos federales del estado de Nueva York. Los funcionarios del programa verificarán la información que figura en este formulario y podrían verificar de manera periódica mi estado de Medicaid y facturar a este último si fuera necesario.

En caso de falsificar información de manera deliberada en esta solicitud, podrían pedirme que reembolse todos los beneficios que recibí y podrían iniciar acciones judiciales en mi contra de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables.

Por la presente solicito recibir beneficios de los Uninsured Care Programs y doy mi consentimiento para que se use y se revele información sobre mi persona según sea necesario a los efectos de mi tratamiento, el pago de servicios de atención médica, el pago de primas del seguro médico y las operaciones de atención médica del Programa.

Firma del solicitante (o del tutor legal, si el solicitante es un menor)

Fecha

**Conserve una copia de este formulario para su registro personal y envíe por correo postal el formulario original y toda la documentación a:
UNINSURED CARE PROGRAMS, EMPIRE STATION, P.O. BOX 2052, ALBANY, NY 12220-0052**