

**Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP)**  
**Formulario de Autoevaluación de Elegibilidad de Seis Meses (Forma Corta)**

1	<b>ID de HDAP</b> <i>(si es conocido):</i>	<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> <i>(MM/DD/YYYY):</i>	<b>Número de Seguro Social:</b>
				____/____/____	____-____-____
2	<b>Información de su contacto:</b>	<b>Número de celular:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ok llamar</b>	<b>Número de teléfono residencial:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ok llamar</b>
		____-____-____	<input type="checkbox"/> <b>Ok dejar un mensaje de voz</b>		____-____-____
		<b>Correo electrónico:</b>		<input type="checkbox"/> <b>OK contactar por correo electrónico</b>	
<input type="checkbox"/> <b>SOLO llamar o escribir correo electrónico a mi Administrador de Casos</b>					
3	<b>* MUY IMPORTANTE CONTESTAR ESTA PREGUNTA *</b> <b>¿Desea recibir su correspondencia confidencial de HDAP en su dirección postal?</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí. Marque el recuadro &amp; siga a la Pregunta 4</b> <input type="checkbox"/> <b>No. Marque la casilla y siga a la Pregunta 5</b>				
4	<b>Mi Dirección Postal:</b>	<b>Calle o P.O. Box:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>ZIP:</b>
	<input type="checkbox"/> Ningún Cambio <input type="checkbox"/> Cambio				
5	<b>Administrador de Casos:</b>	<b>Nombre de su Administrador de Casos:</b>		<b>Oficina de su Administrador de Casos:</b>	
		<input type="checkbox"/> Ningún Cambio <input type="checkbox"/> Cambio			
		<b>Forma Preferida de Contacto</b>		<b>Número del Administrador de Casos:</b>	
	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico				
	<input type="checkbox"/> Yo no tengo un Administrador de Casos	<b>Dirección de su Administrador de Casos:</b>			
6	<b>Mi Dirección Residencial:</b>	<b>Calle:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>ZIP:</b>
	<input type="checkbox"/> Ningún Cambio <input type="checkbox"/> Cambio				
7	<b>Ingreso:</b>	<input type="checkbox"/> Ningún Cambio <input type="checkbox"/> Cambio		<input type="checkbox"/> <b>Pensión de veteranos</b>	
		Si hay cambio, indique su nuevo ingreso bruto anual: \$ _____		<input type="checkbox"/> <b>Pensión de retiro</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>Salario</b>		<input type="checkbox"/> <b>Intereses/Dividendos/Anualidades</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>Beneficios por desempleo</b>		<input type="checkbox"/> <b>Ingreso por alquiler</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>Compensación laboral</b>			
		<input type="checkbox"/> <b>Ingreso por Seguro Social</b> (SSI, SSDI, SSA, SSP)			
		<input type="checkbox"/> <b>Seguro privado por incapacidad</b> (corto o largo plazo)			
		<input type="checkbox"/> <b>Otro ingreso</b> (Escriba la fuente)			
8	<b>Farmacia:</b>	<b>Nombre de la farmacia:</b>		<b>Calle:</b>	
	<input type="checkbox"/> Ningún Cambio <input type="checkbox"/> Cambio				
		<b>Teléfono:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>ZIP:</b>
9	<b>Estado del Seguro:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ningún seguro médico/ cobertura para recetas</b>		<input type="checkbox"/> <b>ConnectorCare</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>MassHealth</b> (Medicaid)		<input type="checkbox"/> <b>Seguro privado</b> (Empleador/Grupo)	
	<input type="checkbox"/> Ningún Cambio	<input type="checkbox"/> <b>MassHealth Limited</b>		Nombre _____ Cantidad de copago máxima \$ _____	
	<input type="checkbox"/> <b>Cambio</b> ( <i>marque todas las que aplican</i> )	<input type="checkbox"/> <b>Health Safety Net</b> (Completo o Parcial)		<input type="checkbox"/> <b>Seguro Médico Privado</b> (Individual/No-Grupo)	
		<input type="checkbox"/> <b>Medicare Part A</b>		Nombre _____ Cantidad de copago máxima \$ _____	
		<input type="checkbox"/> <b>Medicare Part B</b>		<input type="checkbox"/> <b>Administración de Veteranos</b> (VA)	
		<input type="checkbox"/> <b>Medicare Part C</b> (Advantage)		<input type="checkbox"/> <b>Servicios de Salud Indígenas</b> (IHS)	
		<input type="checkbox"/> <b>Medicare Part D</b>		<input type="checkbox"/> <b>Otro, especificar:</b> _____	
10	<b>CHII:</b>	Si HDAP/CHII paga por su seguro médico o si le gustaría que HDAP/CHII pague por su seguro médico, por favor <b>marque aquí</b> <input type="checkbox"/> y adjunte un recibo o cuenta de su prima reciente o una carta de deducción de su empleador.			
11	<b>Firma del Cliente:</b> _____ <b>Fecha:</b> ____/____/____ <i>Certifico que soy residente de Massachusetts y que la información y adjuntos son correctos y completos. Si deliberadamente falsifico información en esta solicitud, me puede ser requerido pagar cualquier beneficio provisto y puedo ser procesable bajo estatutos estatales y federales.</i>  <b>Firma del Administrador de Caso:</b> _____ <b>Fecha:</b> ____/____/____ <i>Certifico que he hablado con el cliente y que la información provista en este formulario es cierta y correcta.</i>				