

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

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