



# Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de Massachusetts (HDAP) & Iniciativa de Seguro de Salud Integral (CHII): Formulario de solicitud en español

## Condiciones:

- ◆ VIH positivo
- ◆ Vivir en MA (incluye a las personas sin documentos que viven en Massachusetts)
- ◆ Ganar sin descuentos al año no más de \$63,800 más \$4,480 por cada persona que dependa de usted
  - ◆ **Todos** los participantes **deben volver a confirmar cada 6 (seis) meses que cumplen estas condiciones** ante el Programa HDAP/CHII
  - ◆ **Todos** los participantes deben completar la Parte 1 de este formulario y leer y firmar las páginas 5 y 6
  - ◆ Si tiene seguro y quiere que el Programa HDAP haga los pagos complementarios de sus recetas, **debe** completar también la Parte 2
  - ◆ Sólo los participantes del programa CHII deben completar la Parte 3

## PARTE 1

### A. Datos personales

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Ciudad / pueblo de MA donde vive y código postal
Si es menor de edad, nombre del tutor legal _____			*Por favor, agregue documentación que pruebe que vive en MA: copia de una licencia de MA, o de una factura de un servicio público
Dirección para recibir cartas: Calle y N°		Ciudad / pueblo	Estado      Código postal
Teléfono: Casa: (      )      Trabajo: (      )		¿Se pueden dejar mensajes confidenciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si quiere que se envíen todas sus cartas al Manejador de su Caso, por favor marque aquí <input type="checkbox"/> no se olvide de poner los datos del Manejador del Caso en la Sección C.			
N° de seguro social (si tiene)	Día que nació (DD/MM/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transexual	Cantidad de personas que dependen de usted
Marque su seguro médico <input type="checkbox"/> Act Now <input type="checkbox"/> Free Care <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos de Guerra <input type="checkbox"/> CommonHealth <input type="checkbox"/> MassHealth <input type="checkbox"/> Seguro privado: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____	Raza <input type="checkbox"/> Aborigen americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro, no hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco, no hispano <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otros _____	Si ha marcado hispano, por favor aclare: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Aborigen americano <input type="checkbox"/> Desconocido	
País donde nació		Qué idioma prefiere hablar	

## B. Información sobre lo que gana

¿Ahora está trabajando? o SÍ o NO

*Aquí abajo debe poner cuánto gana, incluyendo el Seguro por Incapacidad de la Seguridad Social (SSDI) y los beneficios de subsidios por desempleo. Si no cobra nada, por favor marque "Sin ingresos" y pase a la Sección C.*

Dinero que gana sin descuentos al año: \$ \_\_\_\_\_

Sin ingresos

*Debe incluir algo que pruebe lo que gana. Por ejemplo, la copia de un recibo de pago de hace poco. Si trabaja por su cuenta, envíe una copia de la última declaración de impuestos federales.*

## C. Información sobre el proveedor

*Si su caso está a cargo de un servicio de Manejador de Casos, por favor complete la Sección C. Si no es así, por favor pase a la Sección D.*

Nombre del Manejador de su Caso	Institución		
Calle y N°	Ciudad	Estado	Código Postal
N° de teléfono e interno (      )	Fax (      )		

## D. Información del médico clínico – Clinician Information

**PÍDALE A SU MÉDICO CLÍNICO QUE DÉ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FIRME A CONTINUACIÓN.**

Nombre del médico clínico – Name of clinician	Lugar de atención - Facility		
Calle y N° - Street Address	Ciudad - City	Estado - State	Código Postal - ZIP
N° de teléfono e interno – Phone & extension (      )			
<p><i>¿Estado clínico actual del paciente? - Patient's current clinical status?</i></p> <p><input type="checkbox"/> VIH + asintomático HIV + and Asymptomatic</p> <p><input type="checkbox"/> VIH + sintomático HIV + and Symptomatic</p> <p><input type="checkbox"/> SIDA según lo definido por el CDC CDC-defined AIDS</p>	<p><i>Modo de transmisión del paciente (Marque todo lo que corresponda) Patient's Mode of Transmission (Check all that apply)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Varón homosexual - MSM</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Adicto a drogas inyectables - IDU</p> <p><input type="checkbox"/> Pediátrico - Pediatric</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre /productos sanguíneos Blood / products</p> <p><input type="checkbox"/> Otros - Other _____</p>	<p><i>Datos actuales del paciente -Patient's Current</i></p> <p>◆ CD4 _____</p> <p>Fecha de la última prueba - Date Last Test: _ / _ / _</p> <p>◆ Carga viral - Viral Load _____</p> <p>Fecha de la última prueba - Date Last Test: _ / _ / _</p> <p><input type="checkbox"/> ADN de cadena ramificada - Branch DNA RCP - PCR</p>	

**FIRMA DEL MÉDICO CLÍNICO – CLINICIAN SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

*N° de matrícula médica – Medical License #:* \_\_\_\_\_

**FECHA - DATE:** \_\_\_\_\_

## PARTE 2

### Información sobre pagos complementarios

*Por favor, complete esta sección si tiene seguro médico y quiere que el programa HDAP haga los pagos complementarios de sus recetas.*

¿Quién le da el seguro médico? \_\_\_\_\_ N° de afiliado del seguro médico \_\_\_\_\_  
¿Qué pago complementario tiene? \_\_\_\_\_  
\$ \_\_\_\_\_ Valor máximo en dólares por receta N° de grupo del seguro médico \_\_\_\_\_  
O (si corresponde)  
\_\_\_\_\_ Porcentaje por receta

**Información sobre la farmacia: POR FAVOR INDIQUE ABAJO QUÉ FARMACIA USARÁ. SI DECIDE CAMBIAR DE FARMACIA, PRIMERO DEBERÁ RECIBIR LA AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA HDAP.**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_  
Calle y N°: \_\_\_\_\_  
Ciudad / pueblo \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## PARTE 3

### Información sobre la Iniciativa de Seguro de Salud Integral (CHII)

*Por favor, complete la siguiente sección sólo si quiere pedir que el programa de Iniciativa de Seguro de Salud Integral lo ayude a pagar el seguro de salud, el plan COBRA o lo que paga el empleado.*

Marque qué cobertura pide: (Sólo una)

- COBRA
- NO GRUPAL /GRUPO REDUCIDO
- TRABAJADOR INDEPENDIENTE
- DEDUCCIÓN DE LA PRIMA DEL EMPLEADO

- Si pide ayuda con el plan **COBRA**, debe entregarle al programa CHII la carta de beneficios de COBRA que dice cuánto paga por mes, a nombre de quién hay que preparar el cheque de pago y la dirección para que lo envíen.
- Si pide ayuda con un **SEGURO NO GRUPAL / GRUPO REDUCIDO** o **SEGURO PARA TRABAJADOR INDEPENDIENTE**, debe enviarle a CHII el último recibo mensual. Usted debe enviarle este recibo a CHII **siempre que** vuelva a confirmar que cumple con las condiciones ante HDAP / CHII y también cuando haya algún cambio en lo que paga o la cobertura médica.
- Si pide ayuda con una **DEDUCCIÓN DE LA PRIMA DEL EMPLEADO** relacionada con los beneficios médicos que recibe de su actual empleador, debe entregarle a CHII una carta de su empleador (persona encargada de los beneficios, jefe de personal, etc.) que confirme su empleo, la póliza de seguro de su empleador, cuánto paga por ese seguro (éste será el valor que pague CHII) y en la que su empleador diga que está de acuerdo en aceptar el pago de ese valor.

*CHII sólo puede devolver este dinero al empleador o a la compañía de seguro.*

**Por favor, complete la información de la página 4 (a continuación)**

## Información sobre la Iniciativa de Seguro de Salud Integral (CHII) (Continuación)

Seguro / Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección para el pago: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado, Código postal, Entregar a:*

Número de póliza de seguro: \_\_\_\_\_

Cada cuánto paga: \_\_\_\_\_

Fecha desde la que es válida la cobertura del Programa CHII: \_\_\_\_\_  
(Día /Mes /Año)

Cuánto paga por el seguro: \_\_\_\_\_

Si es un plan COBRA, a partir de cuándo ya no vale el plan COBRA: \_\_\_\_\_

*Por favor, envíe la solicitud completa a:*

**ACCESSHEALTH MA/HDAP**

**The Schrafft's City Center  
529 Main Street, Suite 301  
Boston, MA 02129**

**1.800.228.2714**

**Desde el momento en que recibimos la solicitud, por favor deje pasar 5 (cinco) días hábiles (es decir, sin contar los fines de semana y feriados).**

**Recibirá por correo el resultado de nuestra decisión.**

**Gracias.**

# Declaración de Acuerdo del Cliente /Contrato de Cobertura Programa HDAP/CHII

Para que usted reciba la cobertura médica y de medicamentos a través de HDAP y CHII, debe seguir las siguientes normas. HDAP / CHII tratará todos sus datos de forma confidencial. No se informará ningún dato personal al Departamento de Salud Pública de Massachusetts (DPH). **Sin embargo, si no cumple alguna de estas normas o si los datos que dió son falsos, HDAP podrá comunicarse con organismos jurídicos para estar seguro de que el dinero se use bien.**

## Al firmar este acuerdo / contrato:

### 1. Usted autoriza a HDAP/CHII a ponerse en contacto con:

- a) El farmacéutico
- b) El administrador del caso
- c) El empleador (*si corresponde*)
- d) El que le da atención médica
- e) Cualquier otra persona con la que podamos comunicarnos según usted lo autorice.

Éstas son las personas con las que HDAP podrá comunicarse porque usted lo aprobó en esta solicitud. Si es necesario, HDAP se comunicará con estas personas para proteger su participación en el programa. El personal de HDAP / CHII también podrá llamar a cualquier compañía de seguro (personas que hagan los pagos/ administradores) para estar seguro de que usted tiene cobertura y para conocer datos sobre la facturación.

### 2. Usted declara que está de acuerdo en que informará enseguida a HDAP/CHII si cambia alguno de estos datos. Deberá dar cualquier otra información que pueda cambiar sus condiciones de participación en estos programas. Por ejemplo:

- a) Condición de empleo
- b) Lo que gana
- c) Lugar donde vive
- d) Tener una cobertura de salud
- e) Cuánto paga por el seguro

### 3. HDAP también podrá comunicarse con cualquiera de las personas que ya nombramos cuando usted deje el programa. Esto es para obtener datos sobre su participación en el programa.

### 4. Su solicitud no será aceptada si dió información falsa a propósito.

### 5. Mientras sea participante activo, elegible y respete las normas de HDAP / CHII, este programa seguirá pagando su seguro de salud. Pero USTED será el encargado de comunicarse con **su compañía de seguro por su póliza y la cobertura. Esta responsabilidad es suya, no del personal de HDAP / CHII.** CHII sólo se hace cargo del pago del seguro. La única obligación del programa CHII es pagar su seguro médico.

### 6. HDAP/ CHII podrá obligarlo a que devuelva los pagos que el programa hizo mientras usted no era elegible. También se le podrá exigir que le devuelva dinero a HDAP/ CHII en caso de que abuse de los servicios. Esto incluye, por ejemplo, pagos del seguro de salud que le fueran devueltos directamente a usted en algunos casos.

### 7. HDAP/ CHII no tiene la obligación de hacer pagos retroactivos (sobre cosas pasadas) por una cobertura anterior a que usted participara en el programa.

### 8. Usted asegura que la información que puso en esta solicitud es correcta y completa hasta donde usted sabe.

### 9. Usted es responsable de volver a confirmar cada 6 (seis) meses que cumple las condiciones ante HDAP/ CHII. **Si no lo hace, puede perder los servicios de HDAP/ CHII.**

## Cómo quejarse

En cualquier momento de este procedimiento, un participante podrá presentarse acompañado o representado por cualquier persona que crea adecuada para defenderlo:

- a) Administrador del caso
- b) Abogado
- c) Persona auxiliar de un abogado
- d) Traductor
- e) Amigo
- f) Familiar

Si esta persona no es una de las personas nombradas como contacto en la solicitud del programa HDAP / CHII, usted deberá dar una autorización escrita (permiso) para que el personal de HDAP comparta su información con ella. Si usted no va a participar en la conversación o la reunión, también debe dar un permiso por escrito.

*Si tiene una preocupación o alguna queja* sobre el programa, se lo puede decir al empleado que lo atendió. Usted debe enviarnos esta queja dentro de los 10 días hábiles (es decir, sin contar los fines de semana y feriados) después del hecho.

Usted puede hacer la queja personalmente, mediante una carta o por teléfono.

**Dirección:** 529 Main Street, Suite 301  
Boston, MA 02129

**Teléfono:** 800.228.2714

**Fax:** 617.502.1703

Un empleado se comunicará con usted dentro de 10 días hábiles.

*Usted puede no estar de acuerdo* con la respuesta que reciba. En este caso, usted podrá pedir una entrevista con el **supervisor del empleado que lo atendió**. Puede pedirla por carta o por teléfono. Debe hacerlo en los 10 días hábiles después de haber recibido la respuesta. El supervisor volverá a comunicarse con usted dentro de 10 días hábiles.

*Si aún no está conforme* con las respuestas que haya recibido, puede hacer una queja ante el **Director de HDAP**. Tiene que ser una queja escrita. Puede enviarla por correo, correo electrónico, fax o entregarla personalmente. Debe hacerlo en los 10 días hábiles siguientes a haber recibido la respuesta del supervisor. Puede pedir una entrevista personal, escribir una carta o hacerlo por vía telefónica. El Director de HDAP le dirá qué ha decidido dentro de los 10 días hábiles siguientes a haber recibido su pedido.

**Dirección:** AccessHealth MA  
HDAP Director  
The Schrafft's City Center 529  
Main Street, Suite 301  
Boston, MA 02129

**Teléfono:** 617.502.1700

**Al firmar más abajo, dice estar de acuerdo con todos estos términos y condiciones.**

---

Firma (Participante o Padre / Tutor)

---

Fecha