

Requisitos del Autoevaluación e Instrucciones Especificas

Antes de completar este formulario con su Auto-Testimonio de Declaración, revise cuidadosamente estas instrucciones, si usted necesita asistencia, contacte a su Administrador de Casos o llame a HDAP al (800) 228-2714 o (617) 502-1700. Puede enviarnos un formulario de fax completado al 617-502-1703 o un correo a AccessHealth MA/HDAP, Schrafft's City Center, 529 Main St., Suite 301, Boston, MA 02129.

Elegibilidad: Para ser elegible presentando una solicitud HDAP/CHII en formato Auto-Testimonio de Declaración usted debe estar continuamente registrado en HDAP por 6 meses consecutivos sin ningún lapso de cobertura. Aquellas personas enviando solicitudes a HDAP por primera vez deberán completar un formulario anual completo. Podrán encontrar los formularios en nuestra página: www.AccessHealthMA.org/HDAP.

Instrucciones Preliminares: Por favor complete todas las secciones requeridas de una forma clara y completa. Formularios de Auto-Testimonio de Declaración incompletos y sin documentos de soporte requeridos (que ya fueron solicitados) resultan en un retraso del proceso de su solicitud. Formularios de Auto-Testimonio de Declaración incompletos retrasaran su inscripción y pueden resultar en que su solicitud sea denegada.

Por favor revise su copia de la última certificación anual presentada a HDAP para asegurarse que está entregando toda la información solicitada y para asegurarse también que la información facilitada es exacta y completa. Si no hay ningún cambio en la información solicitada desde su última certificación, por favor **marque la casilla 'No Cambio'** para cada sección y **PARE. No entre ninguna otra información en ese campo.**

- Si ha habido un cambio en su información, por favor marque **la casilla 'Cambio' y facilite** la información de sus novedades/cambios en las secciones especificadas.
- Si usted tiene información adicional sobre cambios que no aparecen en este formulario, debe completar una solicitud completa (formulario largo)

Solicitud MassHealth o determinación de requisitos: Usted está requerido a solicitar al MassHealth por lo menos una vez al año para ser considerado por elegibilidad en HDAP.

- Si ha pasado más de un año desde su última solicitud a MassHealth, por favor presente documentación actual de solicitud a MassHealth con este formulario.
- Si MassHealth ha decidido que usted ha sido inelegible dentro de los últimos 12 meses, por favor presente copia de su carta de MassHealth indicando la razón por descalificación (incluidas todas las páginas).
- Si usted está ya inscrito en MassHealth, ConnectorCare, o the Massachusetts Insurance Connection (MIC), usted no está requerido a inscribirse de nuevo en cualquiera de estos programas por ahora.

1	Información: del Solicitante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted está requerido facilitar su nombre completo, fecha de nacimiento, número de seguridad social y su número de ID de HDAP (si lo sabe). Si no tiene número de seguro social, use 999-99-9999. ▪ Si su nombre ha cambiado desde su última certificación anual, por favor presente documentos de soporte como son contratos de arrendamiento, certificado de matrimonio y divorcio, licencia de conducir, pasaporte o tarjeta de identificación ID.
2	Información: de contacto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted también está requerido a facilitar su número de teléfono y correo electrónico, si lo tiene. Asegúrese de indicar si prefiere que dejemos un mensaje en su residencia y/o buzón de voz de su cell. Si así lo quiere marque la casilla apropiada. ▪ Si prefiere SOLAMENTE llamar o contactar por correo electrónico a su Administrador de Caso, asegúrese de marcar la casilla apropiada.
3	Correo HDAP-relacionado enviado a su dirección postal	<p>*ES MUY IMPORTANTE RESPONDER*. Si usted quiere recibir su información confidencial por correo relacionada con HDAP, marque casilla "Si" y continúe a la pregunta 4. PERO si usted prefiere que su correo confidencial relacionado con HDAP sea enviado a su Encargado de Caso, asegúrese de marcar la casilla "No" y continuar a la pregunta 5.</p>



4	Mi Dirección Postal:	<ul style="list-style-type: none">Si no hay cambio en su dirección de correo usada por HDAP, marque la casilla “No Cambio” y PARE.Si la dirección de correo ha cambiado indique la dirección de correo donde le gustaría recibir correo de HDAP/CHII, marque la casilla “Cambio” y facilite su nueva dirección postal.
5	Administrador de Caso:	<ul style="list-style-type: none">Si no hay cambios, marque casilla “No Cambio”. Si su Administrador de Casos ha cambiado, marque la casilla “Cambio” y facilite información de contacto actualizada para su Administrador de Caso o defensor del cliente. Si NO TIENE Administrador de Caso, marque la casilla apropiada y PARE.
6	Dirección de mi Residencia	<ul style="list-style-type: none">Si no hay cambio en su dirección residencial, marque la casilla “No Cambio” y PARE. NOTA: Usted no está obligado a presentar prueba de su residencia si no ha habido ningún cambio.Si se ha mudado de residencia desde su última certificación anual, por favor marque la casilla “Cambio” y provea su nueva dirección residencial, incluyendo la documentación necesaria de su nueva dirección. Por favor consulte el impreso de HDAP con instrucciones a seguir con ejemplos de documentos aceptables. Documentos deben estar fechados dentro de los últimos 6 meses.
7	Ingresos:	<ul style="list-style-type: none">Si no hay cambio, marque la casilla “No Cambio” y PARE. NOTA: Usted no está requerido a presentar prueba de ingresos.Si sus ingresos han cambiado desde su certificación anual, marque la casilla “Cambio” y provea una estimación de sus ingresos brutos anuales antes de tomar cualquier deducción. Por favor indique todas las fuentes de ingresos.
8	Farmacia:	<ul style="list-style-type: none">Si no hay cambio, marque la casilla “No Cambio” y PARE. Si la farmacia que usted usa para obtener recetas cubiertas por HDAP ha cambiado, marque la casilla “Cambio” y provea la información de una nueva farmacia en la sección indicada.
9	Estado del Seguro:	<ul style="list-style-type: none">Si no hay cambio, marque la casilla “No Cambio” y PARE. Si el estado de su seguro ha cambiado desde su certificación anual, marque la casilla “Cambio” indicando que tipo de seguro médico tiene actualmente marcando todas las casillas aplicables. Si su nuevo seguro médico es privado o plan comercial de seguros, por favor provea el nombre y las cantidades máximas de copago en las secciones indicadas.Por favor también envíe copias de todas sus tarjetas de seguro por ambos lados (frente y espalda).
11	Firma:	<ul style="list-style-type: none">Impresos de solicitud faltando firmas y fechas en las secciones correspondientes no pueden ser tramitados y serán rechazados.Si el cliente tiene un Encargado de Caso, se recomienda que el cliente rellene un formulario con su Encargado de Caso y firmen el formulario ellos mismos. Sin embargo, el Encargado de Caso puede firmar después de revisar el formulario con el cliente por teléfono, si el cliente no está presente o disponible para firmar el formulario.

Por favor de revisar la siguiente página para la Guía Rápida de Referencia



Guía Rápida de Referencia para lo requisitos de la Autoevaluación				
No.	Categoría de Información Solicitada	Requerido si <u>No Hay Cambio</u>	Requerido si <u>Hay Cambio</u>	Requeridos documentos de soporte si <u>Hay Cambio</u>
1	Información del Solicitante	<ul style="list-style-type: none"> Nombre completo Fecha de nacimiento Número de Seguro Social (Si no tiene número de Seguro Social, use 999-99-9999) 	Nuevo nombre completo	Prueba de cambio de nombre y documentación
2	Información de su Contacto	<ul style="list-style-type: none"> teléfono Celular Si o No teléfono residencial Si o No correo electrónico 	<ul style="list-style-type: none"> Teléfono Celular Si o No teléfono de residencial Si o No correo electrónico 	Ninguna
		<ul style="list-style-type: none"> Indique si prefiere que dejemos un mensaje en su casa, buzón de voz de su teléfono celular o correo electrónico. Indique si le gustaría que llamemos o contactemos por correo electrónico SOLAMENTE a su Administrador de Caso. 		
3	Correo relacionado con HDAP enviado a mi dirección postal	<ul style="list-style-type: none"> Usted debe marcar Si o No Si marco, "Si", continúe a la pregunta 4 Si marco, "No", continúe a la pregunta 5 		Ninguna
4	Mi Dirección postal	Ninguna	Nueva dirección postal	Ninguna
5	Administrador de Caso	Ninguno	Información de contacto del nuevo Administrador de Casos	Ninguna
		Si no tiene Administrador de Caso marque la casilla		
6	Mi Dirección Residencial	Ninguna	Nueva dirección residencial	Documentación de prueba de nueva residencia.
7	Ingreso	Ninguno	Nueva cantidad de ingresos brutos anuales.	Ninguno
8	Farmacia	Ninguna	Información sobre nueva farmacia	Ninguno
9	Estado del Seguro	Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de nuevo seguro Máxima cantidad de copago Nuevos tipos de seguro (chequee todo lo que sea aplicable) Cambios ocurridos hasta hoy 	Copias de sus tarjetas de seguros médicos por ambos lados (delante y detrás)
10	CHII	<ul style="list-style-type: none"> Marque la casilla "aquí" SOLAMENTE SI es nuevo o actual en CHII Extracto actual de su prima de seguro. 	<ul style="list-style-type: none"> Maque la casilla "aquí" SOLAMENTE SI es nuevo a actual cliente de CHII. Extracto actual de su prima de seguro. 	Extracto actual de prima de seguro SOLAMENTE SI es nuevo o actual cliente de CHII
11	Firma y Fecha	<ul style="list-style-type: none"> Si el cliente y el Encargado de Caso rellenan el formulario juntos (en persona) - el cliente lo firma con fecha. Si el Encargado de Caso finaliza el formulario en nombre del cliente (por teléfono)- Encargado de Caso (solamente) firma con fecha. Si el cliente rellena el formulario por si mismo - cliente firma y pone fecha. 		