

ESTADO DE NUEVA YORK DEPARTAMENTO DE SALUD

INSTITUTO DEL SIDA

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD PARA:

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS NO ASEGURADAS

ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA EL SIDA (ADAP) ADAP PLUS (ATENCIÓN PRIMARIA) VIH PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A DOMICILIO

1-800-542-2437

**EMPIRE STATION
P.O. BOX 2052
ALBANY, NEW YORK 12220-0052**

Información en General

El Departamento de Salud del estado de Nueva York Instituto del SIDA ofrece tres programas para proveer acceso para el cuidado de salud (Medicamentos, Atención Primaria y Atención a Domicilio) para residentes del estado de Nueva York infectados con VIH quienes no tienen seguro de salud, o tienen seguro de salud limitado. Los tres programas usan el mismo formulario y proceso de solicitud.

El **Programa de Asistencia De Medicamentos para el SIDA (ADAP)** provee medicamento gratis para el tratamiento de VIH/SIDA y las infecciones. Los medicamentos que ADAP provee pueden ayudar a personas con VIH/SIDA a prolongar sus días y tratar los síntomas de la infección VIH. ADAP puede ayudar a personas con seguro parcial o quienes tienen Medicaid spenddown.

ADAP Plus (Atención Primaria) provee servicios gratis de cuidado primario en clínicas participantes y hospitales, en el departamento para pacientes externos. Los servicios incluyen cuidado ambulatorio para evaluación médica, intervención temprana y tratamiento seguido.

El **Programa para la Atención a Domicilio (HIV Home Care Program)** provee tratamiento para servicios de atención a domicilio para individuos de crónica dependencia médica ordenado por su médico. El Programa cubre servicios de ayuda al domicilio, administración de terapia intravenosa, medicamento y suministro, exámenes de laboratorio y equipo médico. Servicios tienen que ser ordenados por una agencia de cuidado de salud participante en el programa.

PROGRAMAS PARA EL CUIDADO DE VIH DECLARACION DE CARACTER CONFIDENCIAL

Bajo la ley del estado de Nueva York, toda información relacionada con VIH proporcionada al Programa es estrictamente confidencial. Esta información (por ejemplo, que usted es participante de ADAP) pueda ser revelada solamente con personas o organizaciones necesarias para la administración del Programa. Estos individuos y organizaciones son los que el Programa necesita discutir su solicitud y participación para determinar su elegibilidad, para pagar por los servicios o medicamentos cubiertos por el Programa, o propiamente explicar los fondos agotados. Nuestro personal está muy consciente de la necesidad de nuestros participantes en mantener un carácter confidencial y privado, solo discutirá información personal estrictamente cuando sea necesario para la administración del Programa.

Para ayudarle a entender el carácter confidencial y las condiciones con relación a la participación en el programa, examine los siguientes ejemplos:

- El Programa **NO** se pondrá en contacto con su empleador, propietario, familiares, amigos, vecino, o cualquier otra persona que no este directamente relacionada con su solicitud o participación en el programa.
- El Programa puede ponerse en contacto con su médico o centro de salud para obtener información adicional o clarificar información que necesitamos en la Forma de Elegibilidad Médica o sus servicios medicos.
- ADAP verificará a una farmacia, o ADAP Plus a un centro de salud que usted es un participante y pagara por los servicios o medicamentos cuando presente su tarjeta del Programa, con su nombre y numero de identificación, a una farmacia o centro de salud participante en el Programa.
- El Programa discutirá solicitudes de individuos en prisión con empleados autorizados para registrarlos en el Programa.

Usted puede indicar, al Programa en escrito, a quién podemos contactar en caso que necesitamos información adicional y no podamos ponernos en contacto con usted (ejemplo, su trabajador social el cual le esta ayudando a solicitar).

Este Programa es un seguro de ultimo recurso y necesitamos contactar su compañía de seguro de salud o cualquier otro grupo (ejemplo, alpha interferon programa de rebaja por el fabricante de este medicamento) el cual reembolsará al Programa por los medicamentos suplidos a usted atraves de este. Esto es necesario para poder recobrar fondos los cuales podemos utilizar para expandir el programa, para asi cubrir nuevos medicamentos/servicios y nuevos aplicantes.

Usted debe entender que estas condiciones son desde el dia de su solicitud hasta su terminación del Programa, incluyendo el tiempo necesario para completar cualquier procedimiento para reembolso por medicamentos o servicios proveidos por el Programa. Usted puede terminar su participación en el Programa en escrito en cualquier momento. Si usted tiene alguna pregunta con relación a estos aspectos, puede llamar al **1-800-542-2437**.

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

Participación es basada en necesidad médica y financiera. El aplicante necesita proveer información de residencia, ingresos y bienes. Su médico tiene que llenar la solicitud médica.

Solicitudes que son sometidas con toda la información necesaria es procesada en dos semanas. La mayoría de las solicitudes que se reciben son aprobadas. Aquellos aplicantes que son aprobados recibirán una Tarjeta De Elegibilidad con instrucciones en cómo usar dicha tarjeta. Participantes de ADAP presentan su tarjeta y receta a una farmacia local participante y reciben sus medicamentos gratis. Participantes de ADAP Plus presentan su tarjeta en hospitales y clínicas de salud participantes y reciben servicios médicos cubiertos por el Programa libre de costo. Participantes de atención a domicilio recibirán servicios de agencias registradas gratis.

TODA INFORMACION PROPORCIONADA AL PROGRAMA ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL (Vea la Declaración Confidencial en la página anterior de esta solicitud)

Nombre y Dirección

Por favor escriba su nombre completo, número de seguro social y fecha de nacimiento. Si hay otro nombre que usted es conocido favor de escribirlo en el espacio que proveemos que nombre quiere en su tarjeta. Incluya su dirección completa. Información incompleta demorara su tarjeta con información estadística del Programa.

Necesitamos verificar que usted reside en el estado de Nueva York. Usted puede presentar UNO de los siguientes documentos (los cuales muestren su nombre y dirección):

- Recibo de Alquiler
- Licencia de conducir
- Factura de electricidad
- Tarjeta de registro de votante

Estado Legal Marital

Favor indicar si usted es casado o soltero.

Raza/Etnico/Lenguaje

Por favor de indicar su raza/etnico. Si usted no habla Inglés o si usted tiene algun otro lenguaje especial favor de indicarlo en la solicitud y trataremos de acomodarlo.

Información de Seguro de Salud y Medicaid

Aunque los programas no pueden ayudar a individuos que tienen seguro de salud completo para servicios o medicamentos, podemos ayudar con su deducible o otros gastos asignados a usted por la compañía de seguros, y para personas que tienen protección parcial o estan en un período de espera. Favor de llenar ambas secciones en la sección sobre la Información De Seguro De Salud. Si usted no tiene seguro de salud favor de marcar NO. Si usted tiene seguro de salud, tiene que enviarnos una copia de su libro de beneficios. Si usted esta preocupado de darnos información sobre su Seguro de Salud, puede escribir una carta explicando su preocupación. Si usted tiene Medicaid indique su número de Medicaid en el espacio proveido. Si usted tiene un Medicaid spenddown indique la cantidad mensual. Servicios o medicamentos pagados por el Programa se pueden utilizar como su spenddown.

Miembros de su Hogar

Provea información en cuanto a su composición familiar. Miembros de hogar son personas legalmente responsable por usted, por ejemplo su esposo/a o sus padres si usted es menor de 21 años. Información en cuanto a miembros en el hogar ayudara a determinar elegibilidad.

¿Cómo supo del Programa?

Nos gustaria saber como se entero del Programa. Esta información nos ayudará con nuestros esfuerzos de publicidad.

Solicitud para su Farmacia

Si hay una farmacia en su área que le gustaría usar y ellos no participan en ADAP podemos enviar les información acerca del Programa y como participar. Tambier podemos enviarlo a una farmacia participante en su vecindad.

Estado Financiero

Esto es basado en una escala de ingresos y número de familia. Ingreso para una familia de uno \$44,000 al año; \$59,200 por dos y \$74,400 por tres o más.

Capital actiro no mas de \$25,000 por familia. Capital actiro es dinero contante, ahorros, bonos, etc. Esto no incluye su carro o casa.

Indique si hay algun otro individuo infectado con VIH en el mismo hogar, esto puede ayudar a determinar elegibilidad financiera. Esta parte es en discreción propia; no tiene que contestar esta pregunta.

Estado De Empleo

Favor indicar si usted es empleado de jornada completa (full time) o por ciertas horas (part time) o si usted es médicamente incapacitado/a.

Ingreso

Favor de proveer documentación completa de ingreso por cada miembro de su familia. Incluya ingreso solamente por los miembros de familia con quien tiene una responsabilidad legalmente (por ejemplo, esposo/a o niño pero no un tío o primo) Elegibilidad financiera será determinada basada en el ingreso de la familia. Ingreso grueso es ingreso antes de rebajas por impuestos, impuestos de seguro social, etc. Indique con que frecuencia usted recibe su ingreso: semanal, mensual o anualmente.

Para individuos con un sueldo, pueden enviar una copia de su ultimo talonario de pago. El talonario de pago tiene que incluir el año y la fecha, horas que trabajó y el período que cubre. Si un talonario no es disponible, puede enviar una carta certificada por un notario publico de parte de su patrón indicando su pago grueso por los ultimos 30 días (esta carta no necesita ser dirigida al programa puede poner a quien pueda interesar) y una copia de su formulario de impuesto de el año anterior.

Individuos quienes trabajan por cuenta propia pueden proveer registros del negocio por los tres meses anteriores a la fecha en su solicitud, el tipo de negocio, ingreso grueso, ingreso neto, y el formulario de impuestos del año anterior. Tiene que incluir una carta de un notario público declarando un estimado de su ingreso anual.

Puede enviar copias de su cheque de desempleo, Seguro Social, de pensión, etc. como prueba de otro tipo de ingreso.

Líquido capital

Necesitamos copias recientes de su estado de cuentas indicando la cantidad de dividendos de interés que recibieron, así como el valor aproximado de dinero contante. Pre impuestos de ahorros será contado como 50% del valor de dinero contante hacia el \$25,000 máximo.

Personas que podemos contactar

En caso que no podamos ponernos en contacto con usted (porque necesitamos información en cuanto a su solicitud, servicios o receta) indique con quien nos podemos comunicar. Favor de leer la declaración con respecto al carácter confidencial para información específica en nuestra póliza confidencial.

Firma

Favor de firmar y fechar la solicitud. No podemos procesar una solicitud que no esta firmada.

Problemas o Información

Si usted tiene dificultad para completar esta solicitud o tiene alguna pregunta puede llamar al 1-800-542-2437.

Copia de su Solicitud

Si le gustaría obtener una copia de su solicitud a vuelta de correo favor de marcar en la linea "Si".