

## **Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Maryland**

### **Solicitud de inscripción al servicio de atención al cliente**

#### **INFORMACIÓN GENERAL**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Maryland (MADAP, en inglés) garantiza que las personas que viven con VIH/SIDA en Maryland tengan acceso a los medicamentos que necesitan para mantenerse sanas. El MADAP es un programa estatal y está financiado principalmente a través de la Ley Integral de Emergencia de Recursos contra el SIDA (CARE, en inglés) *Ryan White*. El MADAP paga los medicamentos de los clientes elegibles sin seguro y ayuda a los clientes con seguro a pagar las primas del seguro elegibles, los copagos y los costos deducibles para que los clientes puedan obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos cubiertos por el MADAP (el formulario del MADAP) incluye todos los medicamentos para el tratamiento del VIH aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. (FDA, en inglés), una amplia gama de medicamentos utilizados para tratar infecciones oportunistas y complicaciones de la infección por el VIH o afecciones relacionadas.

Los clientes aprobados para el MADAP deben volver a solicitar el programa anualmente. Los clientes inscritos en el MADAP pueden usar el MADAP para recibir sus medicamentos en cualquiera de las aproximadamente 1,636 farmacias que aceptan la Asistencia Médica de Maryland (*Medicaid*). Cuando se le apruebe, recibirá una carta de bienvenida y la tarjeta de identificación del MADAP. Debe presentar su tarjeta de identificación del MADAP con su(s) receta(s) en una farmacia participante para recibir los medicamentos cubiertos sin cargo.

#### **DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

Norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, en inglés) /Confidencialidad/ Reconocimiento de la política de privacidad del Departamento de Salud de Maryland (MDH, en inglés). El MDH cumple con la norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) [45 CFR Sección 160.102]. Los datos a nivel de cliente relacionados con la inscripción se informarán solo según lo exija la ley.

Los clientes tienen el derecho a la confidencialidad de toda la información y registros compilados, obtenidos y mantenidos en el curso de la solicitud o recepción de servicios.

Las direcciones de correo electrónico no se venderán a terceros ni se utilizarán para comunicar casos concretos. Las direcciones de correo electrónico sólo se utilizarán para transmitir rápidamente actualizaciones e información importante relativa al programa.

#### **INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD**

##### **Nuevos clientes**

Esta solicitud de inscripción debe completarse, firmarse y enviarse para la determinación de elegibilidad e incluir la documentación necesaria correspondiente a sus circunstancias. Una vez que se apruebe su elegibilidad, esta será su solicitud de inscripción oficial archivada en el Servicio de Atención al Cliente. Solo se considerarán las solicitudes completas para la elegibilidad, por lo que le pedimos que proporcione toda la información solicitada. Si una pregunta o solicitud no corresponde a su caso, responda "n/c". Incluya todos los documentos necesarios con su solicitud de inscripción. Pídale a su médico que rellene, firme y envíe el Formulario A-1: Formulario de elegibilidad médica

##### **Clientes activos**

El Servicio de Atención al Cliente requiere que vuelva a certificar su elegibilidad cada año. La recertificación de elegibilidad anual ocurre al final del mes 12 de su período de inscripción.

El formulario de recertificación de elegibilidad anual vence al final del mes 11 de su período de elegibilidad y se le enviará antes del final del mes 11 de su período de elegibilidad.

- Debe renovar la elegibilidad enviando un formulario de recertificación anual completo y firmado junto con la documentación de respaldo necesaria para la residencia y los ingresos.

#### **Clientes inactivos/Reinscripción**

- Si anteriormente se le asignó una identificación de cliente pero sus servicios no están activos actualmente, puede volver a inscribirse siguiendo las instrucciones a continuación:
  - Si han pasado 2 años o más desde que estuvo activo, rellene y envíe la Solicitud de inscripción en el Servicio de Atención al Cliente.
  - Si han pasado menos de 2 años desde que estuvo activo, complete y envíe el formulario de recertificación anual.

### **I: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE & II: RESIDENCIA EN MARYLAND**

#### **Nombre**

Indique su nombre completo, número del seguro social y fecha de nacimiento.

#### **Dirección**

La documentación de residencia debe incluir el nombre y la dirección actual del cliente. La documentación debe estar actualizada (por ejemplo, contrato de alquiler en vigor, factura reciente de servicios públicos, etc.). Las pruebas aceptables de residencia pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- Notificación actual de la decisión de Medicaid
- Permiso de conducir válido de Maryland o tarjeta de identificación de Maryland con fecha de los últimos 12 meses
- Tarjeta de registro de votante con fecha de los últimos 12 meses
- Contrato de arrendamiento actual firmado y fechado (en los últimos 12 meses) o contrato hipotecario actual
- Recibo de alquiler, fechado en los últimos 60 días
- Factura actual de servicios públicos, fechada en los últimos 60 días
- Carta de un organismo gubernamental, firmada y fechada en los últimos 60 días y enviada por correo al domicilio del cliente, carta del administrador del caso con membrete de la agencia, firmada y fechada en los últimos 60 días y enviada por correo al domicilio del cliente.

Los clientes sin hogar pueden presentar una carta en la que conste que no tienen hogar. La carta debe llevar el membrete del organismo y estar firmada y fechada en los últimos 60 días. El Formulario A-2 de verificación de ausencia de ingresos del MADAP puede presentarse en lugar de una carta.

Las siguientes personas pueden verificar que el cliente no tiene hogar:

- Administrador del caso
- Gerente de vivienda
- Cualquier miembro del personal empleado por un organismo que reciba apoyo *Ryan White*

#### **Sexo/Raza/Origen étnico/Idioma**

Indique su sexo, raza, etnia y preferencia de idioma.

### **III: CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD**

El Formulario A-1: Formulario de elegibilidad médica debe ser completado, fechado y firmado por el profesional médico autorizado que le brinda atención médica. El médico debe responder todas las preguntas para respaldar su elegibilidad. Este formulario puede incluirse en su solicitud de inscripción o enviarse directamente al servicio de atención al cliente desde el consultorio de su médico. Este

formulario solo es necesario una vez, si no está seguro de que tengamos un formulario médico en el archivo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

#### **IV: UNIDAD FAMILIAR/INGRESO BRUTO PROYECTADO**

La unidad familiar incluye al solicitante, cónyuge y todos los dependientes en su declaración de impuestos federales. Si no declara impuestos, enumere a las personas en su unidad familiar a las que apoya económicamente.

#### **V: INFORMACIÓN DE COBERTURA DEL PLAN DE SALUD Y MEDICAMENTOS RECETADOS**

Debe enviar una copia del anverso y reverso de todas sus tarjetas de seguro con esta solicitud, para que podamos verificar sus beneficios. Además, envíe una copia de cualquier carta de inscripción que haya recibido para el Subsidio por bajos ingresos (LIS, en inglés)/Ayuda adicional, el Programa de asistencia para medicamentos recetados para personas mayores (SPDAP, en inglés) o el Programa de beneficiarios calificados de Medicare (QMB, en inglés)/Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (SLMB, en inglés), si corresponde.

#### **VI: SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE PLUS** *(Asistencia para el pago de primas de seguros)*

Los servicios de atención al cliente pueden ayudar con las primas de seguro durante los periodos de elegibilidad aprobados. Si desea solicitar asistencia con el pago de la prima del seguro luego de la determinación de elegibilidad del servicio de atención al cliente, envíe su documentación de pago de medicamentos recetados/médicos (consulte el cuadro en la página 10) con esta solicitud. Nos pondremos en contacto con usted para informarle sobre la determinación de la inscripción en el Servicio de Atención al Cliente Plus una vez que se haya aprobado su elegibilidad y se haya verificado su cobertura de seguro.

Tipos de planes cubiertos:

- Plan de salud calificado (QHP, en inglés) del Intercambio de beneficios de salud de Maryland (en el intercambio)
- QHP directamente de la compañía de seguros o a través de un agente de seguros (fuera del intercambio)
- Plan Medicare Parte C
- Medicare Parte D - Medicamentos recetados/Plan Advantage
- Planes complementarios de Medicare (Medigap), sólo si el cliente tiene un plan activo de la Parte D o una cobertura acreditable
- Pólizas dentales y de la vista, solo si los servicios de atención al cliente pagan por la cobertura médica o de medicamentos recetados del cliente.
- Planes basados en el empleador privado (empleador del solicitante o cónyuge, sindicato o plan de jubilación), si el cliente paga el 50 % o más de la prima, el plan cubre sus medicamentos y el empleador aceptará el pago del programa de seguro del estado de Maryland.

Planes no cubiertos:

- Medicare Parte A - Cobertura hospitalaria
- Medicare Parte B - Cobertura médica o cobertura acreditable (un plan que suele obtenerse a través de un empleador)
- Asuntos de los veteranos (VA, en inglés) /Tricare; Servicios de salud para personas indias (I.H.S;

en inglés);

- Medicaid de Maryland (Asistencia Médica); o el Programa de Salud Infantil de Maryland
- Planes privados médicos o de medicamentos recetados que no cubren medicamentos para el VIH ni brindan atención para el VIH y planes de empleadores donde el empleador no acepta pagos del programa.

## **Solicitud de inscripción al servicio de atención al cliente**

**Identificación del servicio de atención al cliente (si corresponde):** \_\_\_\_\_

¿Es usted un nuevo solicitante del Servicio de Atención al Cliente? ☐ Sí ☐ No

Solicita (marque una opción):

☐ Asistencia para Medicamentos

☐ Asistencia para el pago de primas de seguros y medicamentos

**Si tiene cobertura de medicamentos recetados a través de Medicaid de Maryland, NO es elegible.**

**Sección I: Información del solicitante** *Los puntos marcados con un asterisco (\*) se deben rellenar para que este formulario se considere completo. Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento de su solicitud.*

**\*Nombre de pila:** \_\_\_\_\_

**Inicial del segundo nombre:** \_\_\_\_\_

**\*Apellido:** \_\_\_\_\_

**Sufijo:** \_\_\_\_\_

**\*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):** \_\_\_\_\_

**\*Número del Seguro Social:** \_\_\_\_\_

☐ Marque aquí si no tiene número del seguro social.

Número de identificación personal del contribuyente (ITIN) (si corresponde): \_\_\_\_\_

**\*Dirección residencial** (se necesita prueba de residencia, véase la sección 2):

**\*Calle:** \_\_\_\_\_ **Número de apartamento:** \_\_\_\_\_

**\*Ciudad:** \_\_\_\_\_ **\*Estado:** \_\_\_\_\_ **\*Código postal:** \_\_\_\_\_

☐ No tengo hogar y vivo en Maryland. (marque si corresponde, rellene y envíe el formulario A-2)

**Dirección postal** (si es diferente de la dirección residencial):

**Calle** \_\_\_\_\_ **Número de unidad/apartamento:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**\*Números de teléfono donde el personal del Servicio de Atención al Cliente pueda comunicarse con usted:**

Hogar: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? ☐ Sí ☐ No

Trabajo: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? ☐ Sí ☐ No

Móvil: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? ☐ Sí ☐ No

**Dirección de correo electrónico donde el personal del Servicio de Atención al Cliente pueda comunicarse con usted:** \_\_\_\_\_

(consulte la página 1, Declaración de confidencialidad del servicio de atención al cliente para obtener más información).

**Sexo al nacer:** ☐ Masculino ☐ Femenino

**\*Género:** ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ( ☐ De hombre a mujer ☐ De mujer a hombre)

**\*Estado civil legal:** ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado

**Orientación sexual:** ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Bisexual

☐ No sabe ☐ Prefiero no decir

☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**\*Raza** (Marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Blanco
- ☐ Indio americano/nativo de Alaska
- ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico

(Marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Guameño o chamorro
- ☐ Samoano
- ☐ Otros isleños del Pacífico
- ☐ Asiático (Marque todas las opciones que correspondan):
  - ☐ Indio asiático
  - ☐ Vietnamita
  - ☐ Coreano
  - ☐ Japonés
  - ☐ Chino
  - ☐ Filipino
  - ☐ Otros asiáticos

**\*Etnia:**

- ☐ No hispano
- ☐ Hispano/Latino (Marque todas las opciones que correspondan):
  - ☐ Mexicano, mexicano-americano o chicano
  - ☐ Puertorriqueño
  - ☐ Cubano
  - ☐ Otro origen hispano, latino o español

**\*Ciudadanía/Estado de inmigración:**

- ☐ Ciudadano de los EE.UU.
- ☐ No es ciudadano o residente permanente de los EE.UU.
- ☐ Tarjeta de residencia (*Green Card*)  
(adjuntar copia de la tarjeta)
- ☐ Asilado (adjuntar documentación)

**\*Sección II: Residencia en Maryland:** La documentación debe incluir su nombre y dirección residencial como se muestra en la Sección I. Verifique el tipo de documentación legible que se adjunta para verificar su residencia en Maryland (elija una opción):

**Documentos que deben estar fechados dentro de los últimos 60 días posteriores a la presentación de esta solicitud:**

- ☐ Facturas - (ejemplos: servicios públicos, prima de seguro médico, teléfono celular, servicio de cable, automóvil u hospital).
- ☐ Empleo:
  - Talones de cheques (un mes)
  - Desempleo: Carta de determinación
  - Otros: A-2: Formulario de verificación de ausencia de ingresos o de persona sin hogar
  - A-3: Formulario de verificación de pago en efectivo
- ☐ Tarjeta de cambio de dirección de una oficina de correos de EE. UU. o de la Administración de Vehículos de Maryland (MVA, en inglés)
- ☐ Estado de cuenta bancaria
- ☐ Sobre sin ventanilla con matasello fechado dirigido a usted, recibido en su dirección previamente identificada

**Documentos que deben estar fechados dentro del año anterior a la presentación de esta solicitud:**

- ☐ Carta de adjudicación del Seguro Social
- ☐ Arrendamiento o hipoteca
- ☐ Licencia de conducir

## Sección III: Criterios médicos de elegibilidad:

### ¿Es usted un nuevo solicitante del Servicio de Atención al Cliente?

- ☐ Sí, nunca he estado inscrito en los programas.  
☐ No, estoy inscrito actualmente o lo he estado en el pasado. **Esta sección no corresponde en su caso.**

El formulario **A-1: Formulario de elegibilidad médica** debe ser completado, fechado y firmado por el profesional médico autorizado que le brinda atención médica. El médico debe responder todas las preguntas para respaldar su elegibilidad. Este formulario puede incluirse en su solicitud de inscripción o enviarse directamente al servicio de atención al cliente desde el consultorio de su médico. Este formulario solo es necesario una vez, si no está seguro de que tengamos un formulario médico en el archivo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

**\*Sección IV: Unidad familiar/Ingreso bruto proyectado:** *La unidad familiar incluye al solicitante, cónyuge y todos los dependientes en su declaración de impuestos federales. Si no declara impuestos, enumere a las personas en su unidad familiar a las que apoya económicamente.*

**¿El solicitante es menor de 19 años y cuenta con el apoyo económico de sus padres/tutores?** ☐ Sí ☐ No

(En caso afirmativo, complete **A**, en caso negativo, continúe con **B**)

#### **A. Información para los padres**

##### **Padre/madre/tutor 1:**

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Sufijo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

☐ Marque si no tiene número del seguro social.

Número de identificación personal del contribuyente (ITIN) (si corresponde): \_\_\_\_\_

##### **Padre/madre/tutor 2:**

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Sufijo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

☐ Marque si no tiene número del seguro social.

Número de identificación personal del contribuyente (ITIN) (si corresponde): \_\_\_\_\_

#### **B. Información matrimonial** (si corresponde):

Cónyuge:

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Sufijo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

☐ Marque si no tiene número del seguro social.

Número de identificación personal del contribuyente (ITIN) (si corresponde): \_\_\_\_\_

**C. Hijos naturales, adoptados, hijastros/hermanos** (adjunte hojas adicionales si es necesario):

¿Tiene hijos/hermanos menores de 19 años que vivan en la unidad familiar? ☐ Sí ☐ No.

(En caso afirmativo, indique el nombre, la edad y la fecha de nacimiento de cada niño).

| Nombre        | Fecha de nacimiento | Edad  |
|---------------|---------------------|-------|
| Niño 1: _____ | _____               | _____ |
| Niño 2: _____ | _____               | _____ |
| Niño 3: _____ | _____               | _____ |
| Niño 4: _____ | _____               | _____ |

**Miembros adicionales de la unidad familiar** (que no se incluyan en la lista anterior):

| Nombre | Relación | ¿Piensa declarar a esta persona como dependiente en sus impuestos? | En caso afirmativo, indique su número del seguro social |
|--------|----------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|        |          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | Nro. de SS _____                                        |
|        |          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | Nro. de SS _____                                        |
|        |          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | Nro. de SS _____                                        |

**D. Ingresos de la unidad familiar:** \*Debe informar todos los ingresos brutos de su unidad familiar, incluidos sus ingresos, los ingresos de su cónyuge legal y los ingresos de cualquier dependiente, incluso si es cero (\$0).  
Proporcione la información solicitada:

|                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>1. Beneficiario</b><br><input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Miembro de la unidad familiar | <b>Fuente(s) de ingresos</b> | <b>Con qué frecuencia</b><br><input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Bimensual<br><input type="checkbox"/> Temporada: Cantidad de meses pagados: _____ | <b>Importe bruto</b><br>(antes de deducciones)<br>\$ _____ |
| <b>2. Beneficiario</b><br><input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Miembro de la unidad familiar | <b>Fuente(s) de ingresos</b> | <b>Con qué frecuencia</b><br><input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Bimensual<br><input type="checkbox"/> Temporada: Cantidad de meses pagados: _____ | <b>Importe bruto</b><br>(antes de deducciones)<br>\$ _____ |
| <b>3. Beneficiario</b><br><input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Miembro de la unidad familiar | <b>Fuente(s) de ingresos</b> | <b>Con qué frecuencia</b><br><input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Bimensual<br><input type="checkbox"/> Temporada: Cantidad de meses pagados: _____ | <b>Importe bruto</b><br>(antes de deducciones)<br>\$ _____ |
| <b>4. Beneficiario</b><br><input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Miembro de la unidad familiar | <b>Fuente(s) de ingresos</b> | <b>Con qué frecuencia</b><br><input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Bimensual<br><input type="checkbox"/> Temporada: Cantidad de meses pagados: _____ | <b>Importe bruto</b><br>(antes de deducciones)<br>\$ _____ |

\*Número total de miembros de la unidad familiar: \_\_\_\_\_

\*Ingresos brutos anuales totales de la unidad familiar: \$ \_\_\_\_\_

Según el ingreso de la unidad familiar informado en la sección anterior, envíe una copia de la documentación de respaldo necesaria para cada fuente de ingreso como se describe en el siguiente cuadro.

| Fuente de ingresos                                                                         | Documentación de respaldo                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sueldos y salarios (incluidas las propinas)                                                | Los talones de cheques brutos de un mes (incluidas las propinas), fechados en los últimos 60 días.                                                                                                                  |
| Ingreso neto del trabajo por cuenta propia                                                 | Declaraciones de impuestos trimestrales presentadas más recientemente, o recibos, diario, manifiestos de los últimos 30 días o estados de cuentas de cheques comerciales o cajas de ahorros de los últimos 60 días) |
| Pensión alimenticia, jubilación, pensión, anualidad, dividendos o intereses de inversiones | Declaración de pagos mensuales.                                                                                                                                                                                     |
| Beneficios de desempleo actuales                                                           | Carta de desempleo actual/copia impresa con saldo                                                                                                                                                                   |
| Seguro Social                                                                              | Carta de adjudicación actual de la administración del seguro social, incluida la discapacidad, si corresponde.                                                                                                      |
| Propiedad en alquiler                                                                      | Declaración de ingresos netos.                                                                                                                                                                                      |
| Otros ingresos tributables (premios, reconocimientos, ganancias de juegos de azar)         | Declaración y evidencia de otros ingresos tributables.                                                                                                                                                              |
| Ausencia de Ingresos, apoyado por otros                                                    | A-2: Formulario de Verificación de Ausencia de Ingresos o de Persona Sin Hogar - completado por la persona que lo mantiene.                                                                                         |
| Ingresos en efectivo                                                                       | A-3: Formulario de verificación de pago en efectivo                                                                                                                                                                 |

**No informe los siguientes tipos de ingresos:** manutención infantil, regalos, ingreso suplementario del seguro social, pagos por discapacidad de veteranos, compensación de trabajadores, o ingresos de préstamos, como préstamos estudiantiles, préstamos con garantía hipotecaria o préstamos bancarios, estipendios escolares como becas o pagos de becas para matrícula, tarifas y gastos relacionados con cursos que son necesarios para todos los estudiantes.

## Sección V: Información sobre la cobertura del plan de salud y medicamentos recetados:

*Debe enviar una copia del anverso y reverso de todas sus tarjetas de seguro con esta solicitud, para que podamos verificar sus beneficios. Además, envíe una copia de cualquier carta de inscripción que haya recibido para el Subsidio por bajos ingresos (LIS, en inglés)/Ayuda adicional, el Programa de asistencia para medicamentos recetados para personas mayores (SPDAP, en inglés) o el Programa de beneficiarios calificados de Medicare (QMB, en inglés)/Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (SLMB, en inglés), si corresponde.*

### Complete lo siguiente para los planes de seguro de salud y medicamentos recetados: Beneficios farmacéuticos:

Complete la siguiente sección si tiene beneficios farmacéuticos o envíe una copia del anverso y reverso de su tarjeta de beneficios farmacéuticos.

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Número de identificación del banco (BIN, en inglés) de la receta: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de control del procesador (PCN, en inglés) de la receta: \_\_\_\_\_  
Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_ Grupo de la receta: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Identificación del plan: \_\_\_\_\_

### Planes de seguro médico:

#### Cobertura de seguro de salud principal (Elija el tipo de plan):

- ☐ Individual ☐ Individual/cónyuge  
☐ Familia ☐ Individual/niño

Nombre de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de plan: \_\_\_\_\_  
Identificación del miembro: \_\_\_\_\_ Identificación del grupo: \_\_\_\_\_  
Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

#### Cobertura secundaria de seguro de salud (elija el tipo de plan):

- ☐ Individual ☐ Individual/cónyuge  
☐ Familia ☐ Individual/niño

Nombre de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de plan: \_\_\_\_\_  
Identificación del miembro: \_\_\_\_\_ Identificación del grupo: \_\_\_\_\_  
Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

### Complete lo siguiente para todos los otros planes:

Tipo de cobertura: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del plan: \_\_\_\_\_  
Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del plan: \_\_\_\_\_  
Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Si NO tiene seguro médico, marque todas las razones que correspondan:

- ☐ Costo de las primas ☐ Costo de los copagos ☐ No me interesa ☐ Otro (describir): \_\_\_\_\_  
☐ Marque aquí si necesita ayuda para obtener un seguro.

**Sección VI: Servicio de Atención al Cliente Plus:** *Asistencia para el pago de primas de seguros. El servicio de atención al cliente sólo proporcionará asistencia para la prima durante las fechas de elegibilidad aprobadas.*

Los servicios de atención al cliente pueden ayudar con las primas de seguro durante los periodos de elegibilidad aprobados. Si desea solicitar asistencia con el pago de la prima del seguro luego de la determinación de elegibilidad del servicio de atención al cliente, envíe su documentación de pago de medicamentos recetados/médicos (consulte el cuadro a continuación) con esta solicitud. Nos pondremos en contacto con usted para informarle sobre la determinación de la inscripción en el Servicio de Atención al Cliente Plus una vez que se haya aprobado su elegibilidad y se haya verificado su cobertura de seguro.

| Tipo de planes cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                  | Documentación de pago necesaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan de salud calificado (QHP, en inglés) del Intercambio de beneficios de salud de Maryland (en el intercambio)                                                                                                                                                          | Factura mensual de la prima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| QHP directamente de la compañía de seguros o a través de un agente de seguros (fuera del intercambio)                                                                                                                                                                     | Factura mensual de la prima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Plan Medicare Parte C                                                                                                                                                                                                                                                     | Factura o talonario de cupones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Medicare Parte D - Medicamentos recetados/Plan Advantage                                                                                                                                                                                                                  | Factura o talonario de cupones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Planes complementarios de Medicare (Medigap), si el cliente tiene un plan activo de la Parte D o cobertura acreditable                                                                                                                                                    | Factura o talonario de cupones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Pólizas dentales y de la vista, si los servicios de atención al cliente pagan la cobertura médica y de medicamentos recetados del cliente.                                                                                                                                | Factura o talonario de cupones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Planes basados en el empleador privado (empleador del solicitante o cónyuge, sindicato o plan de jubilación), si el cliente paga el 50 % o más de la prima, el plan cubre sus medicamentos y el empleador aceptará el pago del programa de seguro del estado de Maryland. | Proporcione una carta de su empleador que incluya el costo de su prima mensual, el porcentaje que paga el empleador, el porcentaje que usted paga, dónde enviar el pago, a quién dirigir el cheque y si su empleador aceptará un pago de un programa de seguro del estado de Maryland.<br><br>El personal del servicio de atención al cliente debe poder organizar el pago de la parte de la prima correspondiente al solicitante. El personal deberá comunicarse con el empleador para hacer arreglos para un plan de pago aprobado por el empleador. |

**Planes no cubiertos:**

Medicare Parte A - Cobertura hospitalaria

Medicare Parte B - Cobertura médica o cobertura acreditable (un plan que suele obtenerse a través de un empleador)

VA/Tricare; I.H.S. (Servicios de Salud para Personas Indias); Medicaid de Maryland (Asistencia Médica); o el Programa de Salud Infantil de Maryland

Planes privados médicos o de medicamentos recetados que no cubren medicamentos para el VIH ni brindan atención para el VIH y planes de empleadores donde el empleador no acepta pagos del programa.

**Es su responsabilidad proporcionar declaraciones de primas mensuales al servicio de atención al cliente para los pagos oportunos.**

## Sección VII: Divulgación e intercambio de información:

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es completa y precisa, según mi leal saber y entender.

- Entiendo que, con el fin de determinar mi elegibilidad para los servicios, el Departamento de Salud de Maryland (MDH, en inglés) puede solicitar documentación adicional.
- Autorizo a mi médico, administrador del caso/trabajador social y proveedores de atención médica a intercambiar información con el MDH que documente mi diagnóstico y necesidad de servicios del MDH.
- Autorizo al MDH a intercambiar información con mi médico, administrador del caso/trabajador social, proveedor(es) de atención médica, compañía(s) de seguros o proveedor(es) farmacéutico(s) para facilitar la prestación de los servicios proporcionados por el servicio de atención al cliente del MDH según sea necesario.
- <Entiendo que debo dar fe de la elegibilidad continua a solicitud del MDH y proporcionar la documentación de respaldo dentro del plazo especificado dado. Entiendo que el incumplimiento de la verificación de mi elegibilidad continua puede resultar en la suspensión o terminación de los servicios.
- Me comprometo a notificar al MDH (*a la dirección que figura en este formulario*) cualquier circunstancia que afecte a mi elegibilidad para recibir los servicios. . Acepto notificar al MDH en un plazo de 10 días si mi dirección, ingresos u otra información cambia. (Código de Regulaciones de Maryland (COMAR, en inglés) 10.18.05.04A)
- Autorizo al MDH a ponerse en contacto conmigo por teléfono, correo electrónico o correo postal para intercambiar información relacionada con mi caso. Si se realiza una llamada telefónica, le informaré al MDH si está autorizado a dejar un mensaje de voz o hablar con un contacto alternativo en mi nombre.

### Derechos del consumidor:

- Si se deniega mi solicitud, tengo derecho a solicitar una reconsideración (COMAR 10.18.05.05A) y, si no estoy satisfecho con la reconsideración (COMAR 10.18.05.05C), puedo solicitar una audiencia de apelación.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, esta divulgación seguirá siendo válida hasta que informe al servicio de atención al cliente, por escrito, mi deseo de cancelar los servicios o hasta el momento en que ya no califique para estos servicios, lo que ocurra primero, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en dependencia sobre esta autorización.



Servicio de Atención al Cliente  
1223 W. Pratt Street, Baltimore, MD 21223  
Teléfono: (410) 767-6535 o llamada gratuita: 1-800-205-6308  
o Servicio de Retransmisión de Maryland 1-800-735-2258  
Números de fax: (410) 333-2608; (410) 244-8617

**Proporcione lo siguiente:**

**Administrador del caso:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Sitio del proveedor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Médico de atención primaria del VIH:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Sitio del proveedor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**\* Contactos alternativos:**

*Autorizo al Servicio de Atención al Cliente a hablar con la(s) siguiente(s) persona(s) sobre mi solicitud o servicios (por ejemplo: familiar):*

| Nombre | Organización | Relación | Número de teléfono |
|--------|--------------|----------|--------------------|
| _____  | _____        | _____    | _____              |
| _____  | _____        | _____    | _____              |

Certifico que la información que he facilitado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Acepto proporcionar la documentación que me solicite el MDH. Estoy de acuerdo con la Divulgación y el Intercambio de Información y reconozco haber recibido las políticas de Prácticas de Privacidad y Derechos del Consumidor del MDH.

\*Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

\*Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(o tutor legal si el solicitante es menor de edad)

\*Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(si corresponde)

Envíe por correo o fax la solicitud cumplimentada y la documentación de respaldo a:

**Servicio de Atención al Cliente**  
1223 W. Pratt Street  
Baltimore, MD 21223  
Fax: (410) 333-2608; (410) 244-8617

## Anexo

### Anexo A:

#### Documentación de residencia aceptable

- Proporcione una forma de prueba aceptable de residencia de la lista a continuación. La documentación debe estar actualizada (por ejemplo, contrato de alquiler en vigor, factura reciente de servicios públicos, etc.). Las pruebas aceptables de residencia pueden incluir, entre otras, las siguientes:
  - Notificación actual de la decisión de Medicaid
  - Permiso de conducir válido de Maryland o tarjeta de identificación de Maryland con fecha de los últimos 12 meses
  - Tarjeta de registro de votante con fecha de los últimos 12 meses
  - Contrato de arrendamiento actual firmado y fechado (en un plazo de 12 meses) o contrato hipotecario
  - Recibo de alquiler, fechado en los últimos 60 días
  - Factura actual de servicios públicos, fechada en los últimos 60 días
  - Carta de un organismo público, firmada y fechada en los últimos 60 días y enviada por correo al domicilio del cliente
  - Carta del administrador del caso con membrete del organismo, firmada y fechada en los últimos 60 días y enviada por correo al hogar del cliente
- Los clientes sin hogar pueden presentar una carta en la que conste que no tienen hogar. La carta debe llevar el membrete del organismo y estar firmada y fechada en los últimos 60 días. Puede presentarse el formulario A-2 de verificación de ausencia de ingresos. Las siguientes personas pueden verificar que el cliente no tiene hogar:
  - Administrador del caso
  - Gerente de vivienda
  - Cualquier miembro del personal empleado por un organismo que reciba apoyo *Ryan White*

### Anexo B:

#### Documentación de ingresos aceptable

- Los ingresos incluyen cualquier ingreso obtenido a través del empleo, discapacidad, beneficios públicos, etc. Las formas de ingresos incluyen, entre otras, las siguientes:
  - Ingresos por empleo
  - Ingresos por jubilación
  - Beneficios por desempleo
  - Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, en inglés)
  - Ingresos por dependientes
  - Pensiones alimenticias
  - Discapacidad privada
  - Ingresos por alquileres
  - Ingresos por intereses u otras inversiones
  - Apoyo económico en efectivo de familiares y amigos
- Se debe recopilar información sobre los ingresos del cliente y de las personas mayores de 18 años que comparten la responsabilidad económica. Todos los ingresos deben estar actualizados, firmados y fechados (p. ej., carta de adjudicación del año actual, talones de cheques recientes, etc.). Las pruebas aceptables de ingresos pueden incluir, entre otras, las siguientes:
  - Un mes de talones de cheque consecutivos
  - Formularios de impuestos (Formulario W-2 o 1099)
  - Carta con membrete del empleador que indique el salario por hora y las horas trabajadas por semana
  - Carta de beneficios de jubilación
  - Cheque o carta de beneficios de jubilación
  - Cheque o carta de ingresos por desempleo
  - Cheque o carta de beneficios por discapacidad
  - Cheque o carta de adjudicación del Seguro Social
  - Depósito directo bancario indicando pago del Seguro Social
  - Carta de acuerdo de pensión alimenticia
  - Si recibe apoyo de familiares y amigos, declaración firmada que documente quién brinda apoyo monetario y la frecuencia del apoyo
  - Si no hay ingresos, se puede presentar el formulario A-2, Verificación de Ausencia de Ingresos