

Solicitud del Programa de Asistencia Temporal (TAP, en inglés)

Instrucciones:

- Seleccione el motivo por el que solicita la asistencia temporal.
- Los requisitos de elegibilidad para el programa TAP son los siguientes: VIH+, elegible para Medicaid de Maryland (Asistencia médica (MA, en inglés) o Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, en inglés)/Ayuda Adicional.
- Los solicitantes que actualmente están inscritos en MA con beneficios de medicamentos recetados no son elegibles para el TAP.
- Antes de solicitar el TAP, se debe presentar una solicitud completa al programa correspondiente, ya sea para MA o LIS.
- Se puede utilizar una copia de la confirmación electrónica si el solicitante solicitó MA o LIS en línea. Si el solicitante está solicitando MA y no tiene la confirmación en línea, el solicitante debe adjuntar una copia de una solicitud de MA completada y firmada.
- Las solicitudes del TAP deben ser completadas y enviadas **SOLAMENTE** por el administrador del caso o un profesional de la salud.

Número de identificación: 94 _____

Nuevo cliente: ☐ Sí ☐ No

¿El solicitante es VIH+? ☐ Sí ☐ No (en caso negativo, el solicitante no es elegible. Deténgase aquí).

Solicitó (marque la casilla): ☐ LIS ☐ MA Una vez que el solicitante tenga cobertura de medicamentos recetados a través de MA, dejará de ser elegible para el TAP.

Sección I: Información del solicitante

Información necesaria *(Debe responder a todas las preguntas)*

*Nombre de pila: _____ Inicial del segundo nombre: _____ *Apellido: _____ Sufijo: _____

*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ *Número del Seguro Social: _____

☐ Marque si el solicitante no tiene número de seguro social.

Número de identificación personal del contribuyente del IRS (ITIN, en inglés) (si corresponde): _____

Cónyuge (si corresponde)

*Nombre de pila: _____ Inicial del segundo nombre: _____ *Apellido: _____ Sufijo: _____

*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ *Número del Seguro Social: _____

☐ Marque si el cónyuge no tiene número del seguro social.

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

***Dirección residencial** (es necesaria una prueba de residencia):

*Calle: _____ Número de apartamento: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

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

Calle _____ Número de unidad/apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

***Números de teléfono donde el personal puede localizar al solicitante:**

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

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

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

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 o de las islas del Pacífico
- (Marque todo lo que corresponda):
- ☐ 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 EE.UU.: ☐ Sí ☐ No
☐ Tarjeta de residencia (Green Card)
(adjuntar copia de la tarjeta) ☐ No
Asilado: ☐ Sí (adjuntar documentación) ☐ No

Sección II: Resultados de laboratorio

Resultados de laboratorio (sólo para nuevos solicitantes):

Resultados de la última carga viral: _____ Fecha de la prueba: _____ (de no más de 12 meses)

Los resultados están **pendientes** y no están disponibles en este momento. (fecha de la prueba más reciente): _____

Al solicitante se le están recetando medicamentos contra el VIH: ☐ Sí ☐ No

Categoría de exposición al VIH (marque una):

☐ Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (MSM, en inglés)	☐ Contacto heterosexual	☐ No se informó
☐ Consumo de drogas inyectables (IDU, en inglés)	☐ Recepción de transfusiones de sangre, componentes sanguíneos o tejidos	☐ Hemofilia/trastorno de la coagulación
☐ Madre con o en riesgo de infección por VIH (transmisión perinatal).	☐ Otra: _____	

Sección III: Unidad familiar/Ingreso bruto proyectado:

Beneficiario	Fuente de ingresos	Con qué frecuencia	Importe bruto (antes de deducciones)
☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Miembro de la unidad familiar		☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Temporada: Cantidad de meses pagados:____	
☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Miembro de la unidad familiar		☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Temporada: Cantidad de meses pagados:____	

¿Tiene el solicitante un seguro que cubra los medicamentos recetados? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguros, el número de póliza y el número de grupo. Confirmación de LIS/Ayuda extra/MA: _____

Declaración del administrador del caso, profesional de la salud que ayuda al solicitante con las solicitudes de MA o LIS/Ayuda adicional y TAP:

☐ Según la información que me proporcionaron, el solicitante parece ser elegible para MA. He presentado la solicitud de MA original y toda la documentación de respaldo. He adjuntado una copia de la solicitud de MA completa o de la página de confirmación en línea.

☐ He ayudado al solicitante a solicitar LIS/Ayuda Extra en línea. He adjuntado una copia de la página de confirmación en línea de LIS/Ayuda Extra cumplimentada.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Número de teléfono: _____

Organización: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____