

Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP)

Forma de Autocertificación - Elegibilidad Cada Seis Meses (Forma Corta)

1	HDAP ID (si es conocido):	Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): ____/____/____	# De Seguro Social ____-____-____
2	Información para contactar al paciente:	Tel celular: ____-____-____	<input type="checkbox"/> <i>Ok llamar</i> <input type="checkbox"/> <i>Ok dejar un mensaje</i> <input type="checkbox"/> <i>Ok mensaje de texto</i>	Tel casa: ____-____-____	<input type="checkbox"/> <i>Ok llamar</i> <input type="checkbox"/> <i>Ok dejar un mensaje</i>
		Correo electrónico: <input type="checkbox"/> <i>Ok contactar por Correo electrónico</i>	<input type="checkbox"/> <i>SOLO contactar mi administrador de casos</i> <input type="checkbox"/> <i>NO tengo un administrador de casos</i>		
3	Enviar mi correo relacionado a HDAP a:	<input type="checkbox"/> <i>Mi administrador de casos</i>		<input type="checkbox"/> <i>Mi dirección postal</i>	
4	Mi Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Ningún cambio <input type="checkbox"/> Cambio	Calle:	Ciudad:	Estado:	ZIP:
5	Mi Dirección Residencial: <input type="checkbox"/> Ningún cambio <input type="checkbox"/> Cambio	Calle:	Ciudad:	Estado:	ZIP:
6	Administrador de Casos: <input type="checkbox"/> Ningún cambio <input type="checkbox"/> Cambio Forma de contacto preferida: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico	Nombre del administrador de casos:	Teléfono del administrador de casos:	Dirección del administrador de casos:	
		Oficina del administrador de casos:	Correo electrónico del administrador de casos:		
7	Ingreso: <input type="checkbox"/> Ningún cambio <input type="checkbox"/> Cambio Si hay cambio, indique su nuevo ingreso bruto anual: \$ _____	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> Compensación por accidente laboral <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Social (SSI, SSDI, SSA, SSP) <input type="checkbox"/> Incapacidad privada (corto o largo plazo)		<input type="checkbox"/> Pensión de veteranos <input type="checkbox"/> Ingreso por pensión/retiro <input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos/Anualidades <input type="checkbox"/> Ingreso por alquiler <input type="checkbox"/> Otro ingreso (indique fuente) _____	
8	Farmacia: <input type="checkbox"/> Ningún cambio <input type="checkbox"/> Cambio	Nombre de la farmacia:	Calle:	Estado:	
		Teléfono:	Ciudad:	ZIP:	
9	Estads del Seguro: <input type="checkbox"/> Ningún cambio <input type="checkbox"/> Cambio (Marque todo lo que corresponda) Cambio ocurrido a partir de la fecha (MM/DD/YYYY): ____/____/____	<input type="checkbox"/> No seguro de salud/cobertura de recetas <input type="checkbox"/> MassHealth (Medicaid) <input type="checkbox"/> MassHealth Limited <input type="checkbox"/> Health Safety Net (completo o parcial) <input type="checkbox"/> Medicare Part A <input type="checkbox"/> Medicare Part B <input type="checkbox"/> Medicare Part C (Advantage) <input type="checkbox"/> Medicare Part D		<input type="checkbox"/> ConnectorCare <input type="checkbox"/> Seguro Privado (Empleador/Grupo) <input type="checkbox"/> Nombre _____ <input type="checkbox"/> Cantidad máxima de copago \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro Privado (Individual/No-Grupo) <input type="checkbox"/> Nombre _____ <input type="checkbox"/> Cantidad máxima de copago \$ _____ <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos (VA) <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena (IHS) <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____	
10	CHII:	Si HDAP/CHII paga su seguro médico o si quisiera que HDAP/CHII pague su seguro médico, por favor marque aquí <input type="checkbox"/> y adjunte un recibo o cuenta de su prima reciente o una carta de deducción de nómina de su empleador.			
11	Firma del Cliente: _____ Fecha: ____/____/____ Certifico que soy residente de Massachusetts y que la información en esta solicitud y sus adjuntos es correcta y completa. Si deliberadamente tergiverso la información en esta solicitud, se puede requerir que pague los beneficios provistos para mí y puedo ser enjuiciado bajo los estatutos federales y estatales pertinentes. Firma del Administrador de Casos: _____ Fecha: ____/____/____ Certifico que he hablado con el cliente y que la información provista en esta solicitud es cierta y correcta.				