

Instrucciones Específicas y Requisitos para la Autocertificación

Antes de completar esta autocertificación, revise cuidadosamente estas instrucciones. Si necesita ayuda, llame a su administrador de casos o a HDAP al (800) 228-2714 o al (617) 502-1700. Usted podría enviar el formulario completo al fax (617) 502-1703 or por correo a la dirección: CRI/HDAP, Schrafft's City Center, 529 Main St., Suite 301, Boston, MA 02129.

Elegibilidad: Para ser elegible para someter una solicitud a HDAP/CHII usando la autocertificación, usted debe estar registrado con HDAP por seis (6) meses consecutivos sin interrupción en su cobertura. Individuos solicitando a HDAP por primera vez deben completar una solicitud anual completa. Los formularios de solicitud se pueden encontrar en <https://crine.org/enrollment-information-application>.

Instrucciones Preliminares: Por favor complete todas las secciones clara y completamente. Las formas de autocertificación incompletas y a las cuales le falte documentación complementaria (según requerida) le atrasará su registro y puede resultar en que su solicitud sea denegada.

Por favor refiérase a su copia de su última solicitud anual sometida a HDAP para asegurarse que usted proveyó la información requerida correcta y completamente.

- Si no hay ningún cambio a la información requerida, por favor **marque 'Ningún Cambio' el recuadro**.
- Si ha habido un cambio en su información, por favor **marque el recuadro que dice 'Cambio'** Y provea la información nueva/cambiada en la sección especificada.
- Si tiene cambios adicionales más allá de esta forma, le será requerido que complete una solicitud anual.

Requisito de solicitud o determinación de MassHealth: Le será requerido que solicite a MassHealth al menos una vez al año para ser considerado elegible para HDAP.

- Si ha pasado más de un año desde su última solicitud a MassHealth, por favor someta la copia más reciente de su solicitud a MassHealth junto a esta forma.
- Si se ha determinado que usted no es elegible para MassHealth en los últimos 12 meses, por favor someta una copia de la carta de determinación de MassHealth (incluya todas las páginas).
- Si ya se ha registrado con MassHealth, ConnectorCare, o el Massachusetts Insurance Connection (MIC), no le será requerido que solicite nuevamente para estos programas en este momento.

1	Información del solicitante:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le será requerido que note su nombre completo, fecha de nacimiento, seguro social y su número de HDAP ID (si le es conocido). Si no tiene número de seguro social, use 999-99-9999. ▪ Si su nombre ha cambiado desde su última certificación anual, por favor provea la documentación complementaria. e.g. certificado de matrimonio, decreto de divorcio, licencia de conducir, pasaporte o cédula de identificación
2	Información de Contacto:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le es requerido indicar su teléfono y su correo electrónico, si está disponible. Esté seguro de indicar si le gustaría que le dejemos mensajes en su buzón de voz en su casa o su celular. Si es así, marque el recuadro correspondiente. ▪ Si usted quisiera que SOLAMENTE a su administrador de casos, por favor marque el recuadro correspondiente.
3	Envíe mi correo de HDAP a:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si usted prefiere recibir su correo de HDAP, por favor marque el recuadro que dice "Mi Dirección Postal". PERO si usted prefiere que su correo de HDAP sea enviado a su administrador de casos, por favor marque el recuadro que dice "Administrador de Casos".
4	Mi Dirección Postal:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no hay cambio en la dirección postal que HDAP utiliza, por favor marque el recuadro "Ningún Cambio". ▪ Si la dirección postal a la cual usted quiere recibir su correo de HDAP/CHII ha cambiado, por favor marque el recuadro que dice "Cambio" y provea su nueva dirección postal.
5	Mi Dirección Residencial:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no hay cambio en su dirección residencial, por favor marque el recuadro "Ningún Cambio". NOTA: No le es requerido someter prueba de residencia si no hay cambio. ▪ Si se ha mudado desde que obtuvo su certificación anual, complete su dirección residencial nueva e incluya documentación con su nueva dirección. Por favor refiérase a las instrucciones en la solicitud de HDAP para tener ejemplos de documentación aceptable. Dichos documentos deben estar fechados en los últimos seis (6) meses.
6	Administrador del Caso:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no hay cambio en su manejador de casos, por favor marque el recuadro "Ningún Cambio". Si su manejador de casos ha cambiado, por favor marque el recuadro "Cambio" y provea la información actual para poder comunicarse con su administrador de casos o asesor del paciente.
7	Ingreso:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no hay cambio en su ingreso, por favor marque el recuadro "Ningún Cambio". NOTA: No le es requerido someter prueba de ingreso. ▪ Si su ingreso ha cambiado desde su certificación anual, por favor marque el recuadro "Cambio" y provea un estimado de cuál es su ingreso anual bruto antes de cualquier deducción de impuestos. Por favor indique todas sus fuentes de ingreso.
8	Farmacia:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no hay cambio en su farmacia, por favor marque el recuadro "Ningún Cambio". Si la farmacia que utiliza para acceder recetas cubiertas por HDAP ha cambiado, por favor marque el recuadro "Cambio" y provea la información de su nueva farmacia en la sección indicada.
9	Estado del seguro médico:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no hay cambio en su seguro médico, por favor marque el recuadro "Ningún Cambio". Si su seguro médico ha cambiado desde su certificación anual, por favor marque el recuadro "Cambio" e indique cual tipo de seguro médico tiene actualmente, marcando <u>todos los recuadros que apliquen</u>. Si su seguro médico nuevo es un plan privado/comercial, por favor provea el nombre y la cantidad máxima de copago en la sección indicada.
11	Firma:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las solicitudes sin firma y fecha en esta sección no serán procesadas por HDAP y serán rechazadas. ▪ Si el cliente tiene un administrador de casos, le es recomendado que el cliente complete esta forma con su administrador de casos y que la firme por sí mismo. Sin embargo, el administrador de casos puede firmar la forma luego de revisarla por teléfono con el cliente, si el cliente no está presente o disponible para firmar la forma.

Por favor voltee la forma para revisar las instrucciones

Guía de Referencia para lo Requisitos de la Autocertificación

No.	Categoría de la Información Requerida	Requerida si <u>No HAY Cambio</u>	Requerida <u>SI HAY Cambio</u>	Documentos requeridos <u>SI HAY Cambio</u>
1	Información del solicitante	<ul style="list-style-type: none"> Nombre completo Fecha de nacimiento Número de Seguro Social (<i>si no tiene seguro social, use 999-99-9999</i>) 	Nombre completo nuevo	Documento que pruebe el cambio de nombre
2	Información de Contacto	<ul style="list-style-type: none"> Número de teléfono celular Y/O Número de teléfono residencial Y/O Correo electrónico 	<ul style="list-style-type: none"> Número de teléfono celular Y/O Número de teléfono residencial Y/O Correo electrónico 	<ul style="list-style-type: none"> Indique si prefiere que le dejemos un mensaje en su buzón de voz residencial o celular y/o su correo electrónico. Indique si prefiere que nos comuniquemos con su administrador de casos
3	Envíe mi correo de HDAP a	Marque el recuadro "Administrador de casos" <input type="radio"/> "Mi dirección postal" NO ambos	Marque el recuadro "Administrador de casos" <input type="radio"/> "Mi dirección postal" NO ambos	Nada
4	Dirección postal	Nada	Dirección postal nueva	Nada
5	Dirección residencial	Nada	Dirección residencial nueva	Documento de prueba de residencia
6	Administrador de casos	Nada	Información de contacto del administrador de casos	Nada
7	Ingreso	Nada	Ingreso bruto anual nuevo	Nada
8	Farmacia	Nada	Información de la farmacia nueva	Nada
9	Estado del seguro médico	Nada	<ul style="list-style-type: none"> Nombre(s) del seguro médico nuevo(s) Cantidad del copago máxima Tipos de seguro nuevo(s) (<i>marque todos los que apliquen</i>) Fecha que ocurrieron los cambios) 	Copias de las tarjetas de seguro médico nuevas (frente y dorso)
10	CHII	<ul style="list-style-type: none"> Marque a qui en la casilla de verificación SOLAMENTE si es un cliente nuevo o actual de CHII Declaración actual de la prima de seguro 	<ul style="list-style-type: none"> Marque a qui en la casilla de verificación SOLAMENTE si es un cliente nuevo o actual de CHII Declaración actual de la prima de seguro 	<ul style="list-style-type: none"> Declaración actual de la prima de seguro SOLAMENTE si es un cliente nuevo o actual de CHII
11	Firma y fecha	<ul style="list-style-type: none"> Si el cliente y el administrador de casos completan la forma juntos (<i>en persona</i>) – el cliente firma e indica la fecha Si el administrador de casos completa la forma a nombre del cliente (por teléfono) – el administrador de casos (solamente) firma e indica la fecha Si el cliente completa la forma por sí mismo – el cliente firma e indica la fecha 		