Programa de Asistencia con Medicamentos para Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP DAP, por sus siglas en inglés)
Instrucciones para la Solicitud Confidencial

DOH 150-054 septiembre de 2016

Qué es PrEP DAP:

La profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés) es un método de prevención del VIH por el cual las personas que no tienen VIH toman una píldora diaria para reducir su riesgo de infectarse con el virus. Cuando se usa en forma sistemática, se ha demostrado que la PrEP reduce el riesgo de infección por VIH-1 entre hombres y mujeres adultos con un riesgo muy alto de infectarse con el VIH por medio del sexo o el uso de drogas inyectables. TRUVADA® ha sido aprobado por la Administración Federal de Medicamentos para su uso en PrEP.

Para ser elegible para PrEP DAP, debe satisfacer ciertas condiciones. Por favor marque las casillas que mejor describan su riesgo actual de tener una infección por VIH-1. Soy:

Estoy hombre o transgénero que tiene relaciones sexuales con hombres y tiene uno o más de los siguientes riesgos: (Marque todas las opciones que correspondan)

- Diagnóstico de gonorrea rectal o uretral, clamidia rectal o comienzos de sífilis en los últimos 12 meses.
- Uso de metanfetaminas o popper en los últimos 12 meses
- Antecedentes de intercambio de sexo por dinero, drogas, comida, refugio o transporte en los últimos 12 meses
- Practica sexo anal sin protección fuera de una relación monógama duradera

Estoy en una relación sexual con alguien infectado con VIH que:

- No sigue una terapia antirretroviral (Antiretroviral Therapy, ART)
- Sigue la ART pero no tiene supresión viral
- Inició la ART hace 6 meses
- Sigue la ART y tiene supresión viral

Estoy en una relación sexual en la cual la pareja femenina está tratando de quedar embarazada
Soy una mujer que intercambia sexo por dinero, drogas, comida, refugio o transporte
Se inyecta medicamentos que no le ha prescrito un proveedor de salud

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD:

Siga estas instrucciones para llenar la Solicitud Confidencial para el PrEP DAP. La solicitud está dividida en dos secciones. La Sección 1 y 2 son obligatorias. Por favor llene toda la solicitud (no use lápiz) y proporcione toda la documentación requerida. Si deja algo sin llenar, es posible que tengamos que enviarle una carta para obtenerlo. Esto retrasará su elegibilidad. Si necesita ayuda, llámenos al 360-236-3475.

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre legal completo: Proporcione su nombre legal tal como aparece en su identificación o pasaporte emitido por el estado. No proporcione su apodo o nombre preferido.

- ☐ **Comprobante de nombre legal:** Si es nuevo en PrEP DAP, debe proporcionar un comprobante de su nombre legal. Este comprobante puede ser una copia de su identificación o pasaporte

emitido por el estado. Puede estar vencido. Si no tiene este tipo de identificación, llame a IEP. Si no obtenemos una copia de este comprobante, tendremos que solicitársela. Esto retrasará su elegibilidad.

Si está renovando su elegibilidad PrEP DAP, usted no tiene que proporcionar prueba de Nombre Legal de nuevo.

Fecha de nacimiento: Proporcione su fecha de nacimiento completa (mes/día/año).

Sexo al nacer: Marque la casilla con el sexo que tenía al nacer.

Identidad de género actual: Marque la casilla que coincida con más precisión con el género con el que se identifica actualmente.

Dirección de correo electrónico: Por favor, facilítenos una dirección de correo electrónico. Indíquenos, asimismo, si podemos comunicarnos o no con usted por este medio.

Dirección residencial: Proporcione la dirección donde vive - donde duerme en la noche. Si no tiene una dirección residencial, llene la Declaración de Sin Dirección Residencial.

Comprobante de Residencia en Washington: Si proporcionó una dirección residencial, usted debe proporcionar un comprobante de residencia de Washington. Si no obtenemos una copia de este comprobante, tendremos que solicitársela. Esto retrasará su elegibilidad. Los documentos que aceptamos son:

- ☐ Licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado de WA no vencidas
- ☐ Tarjeta de registro de votante
- ☐ Copia de contrato de arrendamiento, hipoteca o alquiler
- ☐ Factura de servicio público a su nombre (no se aceptan facturas de teléfonos celulares)

Declaración de Sin Dirección Residencial: Solo debe completar esto si no tiene una dirección residencial y no tiene hogar. Si no tiene hogar ni una dirección residencial, complete la declaración en su totalidad informándonos dónde pasó la noche anterior y en qué ciudad. Usted tiene que darnos una dirección postal.

Dirección postal: Todos los clientes deben darnos una dirección que usted desea que utilicemos cuando le enviemos correspondencia. Si su dirección postal y dirección residencial son las mismas, marque la casilla "Igual a mi dirección residencial anterior".

**Si no completa esta sección, le enviaremos toda la correspondencia por correo a la dirección que proporcionó como su dirección residencial. Si no tiene una dirección residencial y llenó la Declaración de Sin Dirección Residencial, tendremos que solicitársela. Esto retrasará su elegibilidad.

Número de teléfono y correo de voz: Proporcione un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted. Marque la casilla para indicarnos si podemos dejarle un mensaje. Si le llamamos, le daremos solamente nuestro nombre y número de teléfono. Mantendremos confidencial su estado de VIH. No proporcione su número de trabajo si no desea que le llamemos allí.

¿Le gustaría recibir documentos en español?: Marque la casilla si desea que PrEP DAP le envíe sus cartas y otra información en español. Si deja esta casilla en blanco, toda la correspondencia se enviará en inglés.

Número de Seguro Social (SSN): Proporcione su SSN o marque la casilla que indica que usted no tiene un SSN. Esta información se conserva de forma confidencial. La solicitamos para asegurarnos de que usted obtenga la cobertura adecuada.

Estatus de Ciudadano o No Ciudadano: Por favor infórmenos su estatus de ciudadanía aquí en los Estados Unidos de América. Necesitamos esta información para asegurarnos de que usted obtenga la cobertura adecuada. No proporcionamos esta información fuera de nuestro programa. Su estatus de ciudadanía no afectará su elegibilidad para nuestro programa.

Origen étnico: Marque la casilla que mejor coincida con su origen étnico.

Raza: Marque la casilla que mejor coincida con su(s) raza(s). Puede seleccionar más de una.

Asistencia Aplicación: ¿Alguien le ayudó a llenar esta solicitud? ¿Nos gustaría informarles de la situación? Si es así - por favor complete sus datos a continuación.

SECCIÓN 2 - SEGURO

¿Ha usado este año programas de asistencia al paciente para pagar su Truvada? Por favor, seleccione la(s) respuesta(s) más precisa(s). Usamos esta información para decidir si puede calificar para un programa de asistencia al paciente o si ya ha dispuesto de beneficios disponibles. PrEP DAP es un emisor de fondos de última instancia.

Información de Seguro Médico: Necesitamos saber si tiene seguro médico.

> **¿Tiene actualmente un Seguro Médico?** Usted tiene que marcar sí o no. La solicitud se considerará incompleta si no responde a esta pregunta.
>
> > **Sí –** Envíe copias de todas sus tarjetas de seguro y seleccione cada tipo de seguro que tenga. Cada tipo tiene una breve descripción para ayudarle con la selección correcta. Por favor ingrese el nombre del plan si usted ha seleccionado un tipo de seguro con él en este.
> >
> > **No** – Proceda a Sección 3

**Nota: Si recientemente perdió su cobertura, es posible que le pidamos documentación que indique cuándo finalizó.

SECCIÓN 3 – INGRESOS

Ingresos - Por favor díganos su ingreso bruto actual (mensual o anual). No incluya los ingresos de la familia - sólo sus ingresos.

SECCIÓN 4 – REPRESENTANTE AUTORIZADO

Representante Autorizado: Por favor, complete la tabla si usted tiene un amigo o familiar que le gustaría hablar con nosotros. Proporcione el nombre y apellidos de la persona, fecha de nacimiento y dirección de correo electrónico. Sólo utilizaremos esta información para verificar quiénes son cuando llaman.

SECTION 5 – ELEGIBILIDAD, ACUERDO, DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Elegibilidad, acuerdo, divulgación de información y asignación de beneficios: Por favor, lea esta sección con detenimiento. Le indica lo que esperamos que haga cuando participa en nuestro programa. En la sección Elegibilidad, deberá seleccionar su riesgo de contraer VIH-1. Debe firmar y fechar esta sección, la cual verifica su riesgo y si leyó y entendió el acuerdo, divulgación de información y asignación de beneficios

SECCIÓN 6 - FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE VIH Y ESTADO DE SALUD (HIV & HEALTH STATUS INFORMATION, HHSI)

Todos los participantes, actuales y potenciales, deben llenar este formulario. El PREP DAP debe confirmar el estado de su VIH y de su salud. Tanto usted como su proveedor de atención médica deben completar una sección. Puede enviar el formulario lleno a PREP DAP con su solicitud o pedirle a su proveedor de atención médica que lo envíe. No podemos determinar su elegibilidad hasta que no recibamos el formulario lleno.