



Programa de Intervención Temprana (EIP) Solicitud Confidencial

~Favor de conservar esta hoja para su referencia~

El Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program - EIP) ayuda a las personas elegibles que viven en Washington a obtener cuidados de salud para su condición de VIH. EIP es un programa del Departamento de Salud del Estado de Washington. EIP no es un seguro. EIP es un programa que ayuda a pagar diferentes servicios relacionados con su condición de VIH, incluidas las primas del seguro médico.

- **Medicamentos de receta**
Para clientes sin seguro médico, EIP paga los medicamentos de nuestro Formulario. Para clientes con seguro médico, pagamos el copago de los medicamentos de nuestro Formulario. Los clientes podrían tener que pagar una parte del costo. Las cantidades de una parte de los costos son menores para los clientes con seguro médico.
- **Atención médica**
Para clientes sin seguro médico, EIP paga por visitas y análisis limitados del proveedor relacionados con VIH. Para clientes con seguro médico, EIP paga los costos relacionados con HIV durante períodos de pre-existencia y para deducibles hasta \$1000. Algunos clientes pueden tener que pagar un copago o co-seguro a su proveedor. Los clientes deben utilizar proveedores y laboratorios con quienes tengamos contrato.
- **Atención dental**
EIP paga la atención dental limitada para los clientes que no tienen otra cobertura dental tal como seguro dental o Medicaid. A cada cliente elegible se le permite un monto hasta de \$2,500 por año calendario. Los clientes deben utilizar proveedores con quienes tengamos contratos.
- **Responsabilidad financiera (Spendedown)**
Iniciando el 4/1/09, EIP ya no podrá ayudar a los clientes a cubrir su responsabilidad financiera por adelantado. Los clientes pueden usar los pagos que hacemos para las recetas de medicamentos para ayudarse a cubrir su responsabilidad financiera.
- **Primas de Seguros**
EIP ayuda a sus clientes elegibles a obtener cobertura médica y pagar las primas. Podemos pagar asimismo las primas de:
 - Planes de medicamentos de receta de Medicare parte D (PDP)
 - Planes de medicamentos de receta de Medicare Advantage (MA-PD)
 - COBRA
 - Plan Básico de Salud (Basic Health Plan - BHP)
 - Atención a la Salud para Trabajadores Discapacitados (Healthcare for Workers with Disabilities - HWD)
 - Seguro patrocinado por el empleador
 - Fondo de Seguro Médico del Estado de Washington (WSHIP)

Después de que los clientes se inscriben en EIP, envían una solicitud al Programa de Seguro de Salud Evergreen (Evergreen Health Insurance Program - EHIP). Encontrará la solicitud de EHIP en www.ehip.org.

¿Cómo solicitar estos servicios?

- Complete esta solicitud.
- Reúna todos los documentos requeridos.
- Envíe la solicitud y los documentos a EIP usando uno de los siguientes:

Correo normal	Early Intervention Program PO Box 47841 Olympia, WA 98504-7841	
Fax	360-664-2216	
Correo de 24 horas Si necesita procesar su solicitud con la mayor prontitud posible, envíela por correo con entrega en 24 horas al usar uno de los siguientes:	Por Federal Express (FedEx) o Servicio Postal Unido (UPS): Early Intervention Program 111 Israel Road SE TC2 – 2nd Floor Tumwater WA 98501	Servicio Postal de los Estados Unidos (USPS): Early Intervention Program PO Box 47841 Olympia, WA 98504-7841 ** Asegúrese de enviarla EXPRESS MAIL OVERNIGHT. Cualquier otra forma de envío por correo de USPS se procesará por orden de recibo.

Una nota concerniente a confidencialidad

Es posible que hablemos con su administrador de caso o proveedor de atención a la salud o compañía de seguro de salud acerca de su elegibilidad. No podemos hablar a nadie más (familia, amigos) a menos que usted llene la sección 10 de la solicitud.

¿Cómo procesaremos su solicitud?

- Si su solicitud está **completa**, le enviaremos una carta de elegibilidad. Su elegibilidad comenzará el primer día del mes en el que esté sellada su solicitud. Usualmente concedemos elegibilidad por un año. Si usted no es elegible, le informaremos la razón.
- Si su solicitud **no está completa**, le enviaremos una carta informándole lo que necesitamos. Una solicitud incompleta demorará la revisión de su elegibilidad.
- Usted podría tener que solicitar Medicaid. Si es así, le concederemos elegibilidad temporal y le enviaremos una solicitud para Medicaid.

¿Cómo puede comunicarse con nosotros?

Por favor, llámenos si tiene preguntas.

- 877-376-9316 sin cargo fuera del Condado de Thurston
- 360-236-3426 en el Condado de Thurston.

¿Qué tipo de información puede encontrar en nuestro sitio de Internet?

http://www.doh.wa.gov/cfh/hiv_aids/client_svcs

- Esta solicitud
- Requisitos para EIP
- Proveedores de servicios médicos y de laboratorio contratados y servicios que cubrimos
- Proveedores de servicios dentales contratados y servicios que cubrimos
- Farmacias contratadas
- Tabla de participación en los costos
- Formulario
- Directorio del personal

Definiciones útiles:

Programa de Intervención Temprana (EIP): EIP administra el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA del Estado de Washington (ADAP). Está financiado por parte del estado y del gobierno federal para ayudar a los clientes que sean elegibles, a obtener cuidados de salud, tantos como sean necesarios, así como seguro médico que les permita mejor su salud. Nuestra información de contacto se indica arriba.

Programa de Seguro de Salud Evergreen (EHIP): EIP contrata un administrador de beneficios de seguros médicos (IBM) para pagar las primas de nuestros clientes y ayudarlos a inscribirse en un seguro médico tal como, WSHIP o COBRA. Nuestro IBM actual es Lifelong AIDS Alliance quien se encarga de administrar el Programa de Seguro de Salud Evergreen (EHIP). EHIP también puede pagar los planes individuales o patrocinados por un empleador de seguro médico aprobados. Usted puede obtener mayor información en www.ehip.org o llamando al 800-945-4256.

Fondo de Seguro Médico del Estado de Washington (WSHIP): WSHIP es un fondo de seguro médico del Estado de Washington de alto riesgo. Clientes con VIH + pueden calificar para recibir este seguro cuando ninguna otra compañía de seguro médico los cubra. EIP puede pagar las primas por medio de EHIP. Usted puede obtener mayor información en www.wship.org o llamando al 800-877-5187.

Esta solicitud EIP es necesaria si EIP va a pagar alguno de los servicios que aparecen en la parte delantera de esta página. Sin embargo, usted puede también tener que completar una solicitud con DSHS, EHIP, Administración de Seguridad Social y/o WSHIP.

Solicitud Confidencial para el Programa de Intervención Temprana



Early Intervention Program (EIP)
 PO Box 47841
 Olympia WA 98504-7841

Para Uso Oficial Solamente	
Fecha de Envío	Nº Ident. Cliente

Debe usar bolígrafo y llenarlo tan completo como sea posible.
 Se requieren las secciones marcadas con *. Las solicitudes incompletas retrasarán la elegibilidad.

Sección 1* Solicitante	Apellido	Nombre		Inicial
	Dirección actual (Proporcione evidencia)	Ciudad	Estado WA	Código Postal
	Domicilio postal (si es diferente a la de arriba)	Ciudad	Estado WA	Código Postal
	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Otro		

Debe presentar evidencia de su dirección actual. Aceptamos los siguientes artículos:

- Licencia de Conductor o Identificación de Washington
- Tarjeta de registro de votante de Washington
- Factura de servicios (no se acepta de teléfonos celulares)
- Acuerdo de arrendamiento/alquiler/hipoteca

Sección 2 Información Demográfica y de Otro Tipo	No usamos esta información para decidir si usted es elegible. Nos sirve para mejorar nuestro programa y proporcionar los servicios adecuados para todos. Gracias por su ayuda.		
	Dénos su número telefónico, por favor: () ¿Podemos dejar mensajes en ese número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguridad Social	
	¿Es usted hispano/a o latino/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marque todos los que se apliquen en su caso. Usted es: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro _____	
	Would you like to receive documents from us in Spanish? ¿Desearía recibir documentos de nuestra agencia en español? <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No		
	Si tiene un administrador de su caso, proporciónenos los datos de esta persona. Si desea tener un administrador de caso, comuníquese con nosotros.		
Nombre del administrador de caso	Agencia	Teléfono	

REQUERIDO SÓLO PARA NUEVOS SOLICITANTES Si usted ya es un cliente de EIP, por favor pase a la Sección 4.	
Sección 3* Documentación de VIH	Autorización del Solicitante
	Autorizo al administrador de mi caso o proveedor de atención a la salud a informar al Departamento de Salud del Estado de Washington acerca de mi condición de VIH. Entiendo que se requiere esta documentación para solicitar el programa EIP.
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ _____ </div> Firma del Solicitante Fecha
	Documentación del Administrador de Caso o Proveedor de Servicios de Salud
	La persona arriba nombrada solicita los servicios del Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Washington. Sírvase proporcionar la información siguiente.
	<p style="text-align: center;">TENGO EVIDENCIA DE QUE ESTE SOLICITANTE ES VIH+.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Soy el administrador de su caso <input type="checkbox"/> Soy su proveedor de servicios de salud.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ _____ </div> Firma del administrador de caso o proveedor Fecha <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ _____ </div> Nombre (en letra de imprenta) Teléfono _____ Dirección completa del administrador de caso o proveedor

Sección 4* Tamaño de la Familia	Decidiremos su elegibilidad en base a sus ingresos, recursos y las personas en su familia que viven con usted.			
	¿Tiene usted un/a esposo/a legalmente casado/a o compañero/a doméstico/a registrado/a y/o niños dependientes que viven con usted menores de 18 de edad?			
	<input type="checkbox"/> Sí - Si es "Sí", por favor llene la tabla a continuación con su información. Usted no tiene que listar a sus compañeros/as de vivienda.			
	<input type="checkbox"/> No - Si es "No", proceda a la sección 5.			
			Fecha de Nacimiento (mes/día/ año)	¿Recibe esta persona algún ingreso?
	Nombre (primero y apellido)	Parentesco con usted		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Sección 5* Recursos	¿Tiene usted (y cualquier miembro de familia que listó en la Sección 4) alguno de estos recursos?		
	Recurso	Debe marcar uno	Si marcó Sí, ¿qué valor tiene?
	Efectivo, cuenta de ahorros o de cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
	Bienes inmobiliarios (no se toma en cuenta la casa en la que usted vive)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
	Fondos en Fideicomiso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
	Acciones y Bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
Vehículos automotores y recreativos (no se cuenta un vehículo por cada conductor habilitado de la Sección 4)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

Liste a continuación la información acerca de sus ingresos (y de cualquier miembro de familia que listó en la Sección 4) y proporcione documentación. Si usted (y su familia) no tienen ingresos, por favor complete la "Declaración de No Recibir Ingresos" a continuación.

Income from working

¿Quién recibe estos ingresos? _____ (Nombre)	Monto bruto recibido (antes de deducir impuestos) \$ _____	¿Con qué frecuencia se le paga? <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes	<input type="checkbox"/> Marque aquí si trabaja por su cuenta.
--	---	--	--

¿Quién recibe estos ingresos? _____ (Nombre)	Monto bruto recibido (antes de deducir impuestos) \$ _____	¿Con qué frecuencia se le paga? <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes	<input type="checkbox"/> Marque aquí si trabaja por su cuenta.
--	---	--	--

Other income

Origen	¿Quién recibe estos ingresos?	Monto bruto por mes	¿Quién recibe estos ingresos?	Monto bruto por mes
Beneficios de desempleo=		\$		\$
Seguridad Social		\$		\$
Incapacidad a largo plazo		\$		\$
Otra incapacidad		\$		\$
Jubilación o pensión		\$		\$
Anualidades		\$		\$
Beneficios de veteranos		\$		\$
Manutención de niños		\$		\$
Otros		\$		\$

Declaración de no tener ingresos


Si usted (o usted y su familia) no tiene ningún ingreso, díganos como se mantiene(n).

Entiendo que si proporciono información falsa acerca de mis ingresos, podría perder beneficios y/o tener que reembolsar el costo de los servicios que he recibido.

Firma del solicitante _____
Fecha

Envíenos la documentación de ingresos. Aceptamos los siguientes:

- **Talón de cheque de pago** (debe mostrar el nombre, los periodos de pago y el ingreso bruto recibido)
- **Talón de cheque de desempleo**
- **Estado de cuenta de beneficios mensual**
- **Estado de cuenta de beneficios anual**
- **Orden de manutención de niños**
- **Estado de cuenta de banco mostrando los montos de depósito directo** (únicamente para verificar la seguridad social o ingresos de discapacidad)
- **Libro mayor – deducciones detalladas**
- **Declaración de ganancias y pérdidas**

Necesitamos saber qué seguro médico tiene.		
¿Tiene alguno de estos tipos de seguro?	Debe elegir Sí o No	Debe responder aquí cualquier pregunta adicional
Medicare Su tarjeta tendrá este aspecto: 	<input type="checkbox"/> Sí →	¿Está inscrito en un plan Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> No	¿Ha solicitado “Ayuda Extra” de la Administración de Seguridad Social para recibir el Subsidio de Ayuda para Ingresos Bajos este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguro Médico Tal como: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Seguro privado ◆ COBRA ◆ Plan Basic Health ◆ Seguro patrocinado por un empleador Cuando se vuelve elegible para EIP, usted puede ser elegible para el Programa de Seguro de Salud Evergreen (EHIP) para pagar sus primas de seguro.	<input type="checkbox"/> Sí →	¿Cuál es el nombre de su compañía aseguradora? _____ <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> No →	¿Está en período de espera por una condición preexistente? <input type="checkbox"/> Yes Si marcó Sí, ¿cuándo termina este período? _____ <input type="checkbox"/> No
Segura dental	<input type="checkbox"/> Sí →	¿Puede obtener seguro médico a través de su empleo, el de su cónyuge o el de su pareja doméstica? <input type="checkbox"/> Sí Si marcó Sí, ¿cubre este seguro 50% o más de sus medicamentos de receta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica
	<input type="checkbox"/> No	¿Cuál es el nombre de su seguro dental? _____ ¿Cuándo comenzó su cobertura? _____

Si tiene seguro médico o Medicare, debe enviarnos copias de sus tarjetas de seguro.

¿Planea tener una responsabilidad financiera en los próximos seis meses?	
Sección 8 Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no responde esta pregunta, acudiremos a su estado actual de acuerdo con DSHS.

Sección 8 Proveedores de Atención a la Salud	¿Dónde recibe atención médica?		
	Nombre del proveedor médico _____		Nombre de la clínica _____
	Dirección del proveedor _____	Ciudad _____	Código Postal _____
	Teléfono del proveedor _____		
	¿Dónde recibe atención dental?		
	Nombre del proveedor dental _____		Nombre de la clínica _____
Dirección del proveedor _____	Ciudad _____	Código Postal _____	
Teléfono del proveedor _____			

Sección 10 Divulgación de Información	Si desea que podamos hablar con un amigo o un familiar suyo, anote sus nombres aquí.		
	<i>**Administradores de Caso: Por favor llenar la Sección 2**</i>		
	Nombre y apellido	Numero de teléfono	Fecha de nacimiento <small>(para propósitos de identificación)</small>

Sección 11 * Scuerdo y Firma del Solicitante	Al firmar abajo, usted conviene y entiende que:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Debo responder a los pedidos de información o de acción dentro de las fechas establecidas, o de lo contrario EIP podría denegar o interrumpir mi elegibilidad. • EIP podrá verificar cualquier información que aparezca en esta solicitud. • Debo informar cualquier cambio que tome lugar en mi dirección, mis recursos, mis ingresos, o mi cobertura de servicios de salud. Si EIP recibe cartas devueltas y no puede ponerse en contacto conmigo, podría interrumpir mi elegibilidad. • Yo podría tener que pagar un arancel (parte del costo) para recibir servicios de EIP. • Los fondos para EIP son limitados, y los servicios pueden cambiar o ser eliminados de acuerdo a las necesidades. • EIP puede requerirme usar o solicitar otros servicios antes de recibir los servicios de EIP. • EIP puede limitar sus servicios a aquellos con mayor efectividad en base al costo de acuerdo a mis otras opciones de cobertura. • EIP tiene procedimientos de reclamo que están disponibles a pedido. Al presentar un reclamo no se verá afectada mi elegibilidad para EIP. 	
	<p>Doy mi permiso para que el Programa de Intervención Temprana y mis proveedores de atención a la salud, incluyendo al administrador de mi caso y el Departamento de Servicios Sociales y de Salud, compartan información acerca de mi atención médica y mi cobertura de seguro. Doy este permiso por un plazo de un año y 60 días a partir de la fecha en la que firmo esta autorización.</p> <p>Afirmo que he leído y entiendo la información de esta solicitud. La información que se encuentra en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si proporciono información falsa o incorrecta, o no notifico adecuadamente a EIP los cambios en dicha información, puedo perder los beneficios y/o EIP puede requerir que yo reembolse el costo de los mismos.</p>	
_____ Firma del solicitante (No lo deje en blanco)		_____ Fecha (No lo deje en blanco)