Programa de Intervención Temprana (EIP por sus siglas en inglés)
Instrucciones para la Solicitud Confidencial

Siga estas instrucciones para llenar la Solicitud Confidencial para el Programa de Intervención Temprana (EIP por sus siglas en inglés). La solicitud está dividida en tres secciones. La Sección 1 y 2 son obligatorias. La Sección 3 es obligatoria únicamente si necesita ayuda con la inscripción para el seguro o asistencia con las primas.

Por favor llene toda la solicitud (no use lápiz) y proporcione toda la documentación requerida. Si usted deja algo en blanco, es posible que EIP tenga que enviarle una carta para obtener esa información. Esto retrasará su elegibilidad. Si necesita ayuda, hable con su Administrador de Casos Médicos de VIH (HIV por sus siglas en inglés) o llame a EIP.

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 EIP, debe proporcionar un comprobante de su nombre legal. Este comprobante puede ser una copia de su identificación emitida por el estado o un pasaporte. Puede estar vencido. Si no tiene este tipo de identificación, hable con su Administrador de Casos Médicos de VIH o llame a EIP. Si no obtenemos una copia de este comprobante, tendremos que solicitársela. Esto retrasará su elegibilidad.

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

Sexo: Marque la casilla que coincida con más precisión con el género con el que usted se identifica.

Solo para mujeres: Marque la casilla si estuvo embarazada en los últimos seis meses.

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 EIP 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).

Administrador de Casos Médicos para el VIH: Los Administradores de Casos Médicos de VIH están capacitados para ayudar a los pacientes con VIH positivo a tener una mejor salud. Ellos pueden ayudarle a llenar este formulario y otras solicitudes. También pueden ayudarle a obtener seguro médico, ingresos por discapacidad u otros servicios. No está obligado a tener un Administrador de Casos Médicos para el VIH para ser elegible para EIP.

- Si tiene uno, por favor denos su nombre, agencia, número telefónico y dirección de correo electrónico para que podamos comunicarnos con ellos con respecto a su elegibilidad y su estado.
- Si no tiene uno, deje esta sección en blanco.
- Si desea tener uno, por favor comuníquese con la agencia que esté más cerca de su ubicación a continuación:

Agencias de administración de casos médicos para el VIH

Nombre de la agencia	Número de teléfono	Ubicación
Coastal Community Action Program	360-533-5100	Aberdeen
Evergreen Wellness Advocates - Aberdeen	360-209-4243	Aberdeen
Evergreen Wellness Advocates - Bellingham	360-671-0703	Bellingham
Evergreen Wellness Advocates - Bremerton	360-362-0275	Bremerton
Distrito de Salud del condado de Kitsap	360-337-5235	Bremerton
Spokane AIDS Network - East Wenatchee	509-866-6400	East Wenatchee
Salud Pública del condado de Grant	509-766-7960	Moses Lake
Evergreen Wellness Advocates - Everett	425-740-3000	Everett
Evergreen Wellness Advocates - Longview	360-747-7205	Longview
Salud Pública del condado de Okanogan	509-422-7140	Okanogan
Pierce County AIDS Foundation - Olympia	360-352-2375	Olympia
Clallam County Health & Human Services	360-417-2487	Port Angeles
Distrito de Salud de Benton-Franklin	509-460-4235	Kennewick
Country Doctor Community Clinic	206-299-1621	Seattle
Entre Hermanos	206-322-7700	Seattle
Harborview Medical Center - Madison Clinic	206-744-5100	Seattle
People of Color Against AIDS Network (POCAAN)	206-322-7061	Seattle
Evergreen Wellness Advocates - Seattle	206-414-8741	Seattle
Lifelong AIDS Alliance	206-328-8979	Seattle
Mason County Public Health	360-427-9670	Shelton
Spokane AIDS Network - Spokane	509-455-8993	Spokane

Spokane Regional Health District	509-324-1542	Spokane
Pierce County AIDS Foundation - Tacoma	253-383-2565	Tacoma
Clark County Case Management	360-397-8060	Vancouver
Blue Mountain Heart to Heart	509-529-4744	Walla Walla
Yakima Valley Farm Workers - New Hope Clinic	509-453-7144	Yakima

Información de la familia: EIP usa el número de personas en su familia para ayudar a decidir sobre su elegibilidad. Su familia incluye a usted, su cónyuge, una pareja doméstica registrada (RDP por sus siglas en inglés) y dependientes menores de 19 años que viven con usted. Si el espacio proporcionado no es suficiente, por favor adjunte otra página con la información que se le solicita en la tabla.

- **Familia:** Proporcione la información para usted y su familia. Por favor complete todas las porciones de la tabla.
- **Estado civil:** Por favor seleccione el estado civil correcto para usted.

Ingreso familiar: EIP cuenta la mayor parte de los ingresos que recibe su familia. Si usted y todos los miembros de su familia no tienen ingresos, por favor prosiga a la sección de Declaración de ausencia de ingresos.

Tabla de ingresos: Por favor seleccione cada tipo de ingreso que recibe su familia y quién lo recibe. Si varias personas reciben el mismo tipo de ingreso, por favor ingrese todos los nombres en el espacio que se proporciona.

- ☐ **Usted tiene que enviar prueba de todos los ingresos reportados.** La última columna de la tabla de ingresos (Documentación requerida) enumera los comprobantes que debe enviar. Llámenos si no está seguro de lo que debe enviar. Si no recibimos lo que necesitamos, puede ser que le pidamos más información. Esto retrasará su elegibilidad. Es posible que nosotros verifiquemos sus ingresos a través de registros estatales o le podemos pedir sus registros del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service (IRS)).

Declaración de ausencia de ingresos: Si usted o su familia no tienen ningún ingreso, debe marcar la casilla en esta sección. Por favor lea la declaración con atención.

Información de Seguro Médico: EIP necesita saber con qué servicios necesita que lo ayudemos. Debemos saber qué tipo de cobertura de seguro tiene o necesita de manera que podamos proporcionar los servicios que se adecuen a sus necesidades.

¿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 – Continúe con la Información de Seguro Dental.

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

Información de Seguro Dental: EIP tiene un programa dental para la mayoría de los clientes, no obstante, si usted ya tiene cobertura de seguro o vive en el condado de King y tiene ingresos por debajo del 200% del nivel federal de pobreza, usted no será elegible para EIP dental.

¿Tiene actualmente un Seguro Dental? Usted tiene que marcar sí o no. La solicitud se considerará incompleta si no responde a esta pregunta.

Sí – Ingrese el nombre del plan. Si no conoce el nombre de su plan, déjelo en blanco.

No – Continúe con la Inscripción de seguro y asistencia con las primas

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

Inscripción de seguro y asistencia con las primas: EIP tiene contrato con el Programa de Seguro de Salud Evergreen (EHIP, por sus siglas en inglés) para pagar las primas para nuestros clientes. EHIP también ayuda a los clientes con la inscripción del seguro. Por favor responda todas las preguntas en esta sección.

Representante Autorizado: Llene en esta sección si tiene un amigo o familiar quien a usted le permitiría hablar con nosotros. Proporcione el nombre y apellido de la persona, fecha de nacimiento y número de teléfono. Solo usaremos esta información para verificar quiénes son cuando llamen.

Acuerdo, Divulgación de Información y Asignación de Beneficios: Por favor, tómese el tiempo para leer esta sección. Le indica lo que esperamos que haga cuando es un cliente en nuestro programa. Debe firmar y fechar esta sección.

SECCIÓN 2 - FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE VIH Y ESTADO DE SALUD (HHSI, por sus siglas en inglés)

Todas las personas deben completar este formulario. EIP debe confirmar su estado de VIH y de salud. Usted y su proveedor de atención a la salud deben completar una sección cada uno. Usted puede enviar el formulario completado a EIP con su solicitud o pedirle a su proveedor de atención a la salud que lo envíe a EIP. No decidiremos si usted es elegible para EIP hasta que recibamos este formulario completado.

Sección 3 - INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD EVERGREEN

Complete este formulario únicamente si necesita asistencia para inscribirse en el seguro o si desea que el Programa de Seguro de Salud Evergreen (EHIP) pague sus primas de seguro.

Primer nombre: Ingrese su primer nombre legal.

Apellido: Ingrese su apellido legal.

Inicial del segundo nombre: Ingrese la primera inicial de su segundo nombre legal.

ID DE EIP: Ingrese su ID de EIP si sabe. Déjelo en blanco si no sabe.

Fecha de nacimiento: Ingrese su fecha de nacimiento.

Por favor marque la casilla si aún no tiene seguro y necesita asistencia para inscribirse.
O bien
Por favor proporcione información sobre el plan que desea que EHIP pague por usted.

EHIP necesita conocer el plan que usted desea que ellos le paguen. Por favor ingrese toda la información en la tabla. Usted debe completar esta sección. Esta información se puede encontrar en la factura, o la puede obtener en el departamento de RR. HH. en su trabajo. Si el plan es un Plan de Salud Calificado en el Intercambio, puede encontrarlo en WA Healthplanfinder donde se inscribió en su plan.

Esta sección es obligatoria. Usted debe ingresar toda la información solicitada. No olvide leer la autorización completa y firmarla, poner la fecha, su nombre en imprenta e indicar la relación.

Autorización para que el Programa de Seguro de Salud Evergreen proporcione servicios
Esta sección es obligatoria. Por favor lea la autorización completa y fírmela, ponga la fecha, su nombre en imprenta e indique la relación.