Programa de Intervención Temprana

Prescripciones-APDP Asistencia Médica Seguro Responsabilidad Financiera

Si tiene preguntas, haga el favor de llamarnos al teléfono 1-877-376-9316.

¿Qué es el Programa de Intervención Temprana (EIP)?

Es un programa del Departamento de Salud de Washington en Olympia. El EIP ayuda a las personas con VIH (siglas en inglés HIV) que viven en el estado de Washington, pagando por:

- **Medicamentos de receta en nuestro formulario.** Si tiene seguro, el EIP podrá ayudarle a satisfacer los codesembolsos.
- **Visitas limitadas al doctor y pruebas.** Si tiene seguro, el EIP podrá ayudarle a cubrir los deducibles y los periodos de afecciones preexistentes. Deberá acudir a un proveedor contractual del EIP.
- **Pagos de primas de seguros en algunos casos.**
- **Responsabilidad financiera (hasta cierto nivel) para obtener cobertura de Medicaid.**

¿Tiene que pagar algo por estos servicios?

Los clientes con ingresos de más del 125% (923 dólares en el año 2002) que tengan EIP como su única cobertura de atención a la salud pagarán honorarios de un mes para obtener medicamentos. Estos honorarios se basan en los ingresos y van entre 40 y 60 dólares al mes.

¿Cómo puede hacer una solicitud?

- Llene esta solicitud.
- Reúna cualesquiera documentos requeridos.
- Envíe por correo la solicitud y los documentos a la dirección de EIP que aparece en la solicitud.

No aceptamos solicitudes por fax.

¿Cómo procesaremos su solicitud?

- Si su solicitud **está completa,** le enviaremos una carta para describir su elegibilidad. Su cobertura comenzará el primer día del mes del sello postal de su solicitud. Normalmente, su cobertura durará un año.
- Si su solicitud **no está completa,** le enviaremos una carta para indicarle lo que necesitamos.
- Si sus ingresos son de menos de 125% del nivel federal de pobreza (923 dólares para una persona sola en el 2002) deberá solicitar también Medicaid. Le enviaremos una solicitud de Medicaid si no ha hecho todavía su solicitud.

Nota sobre la confidencialidad

Hablaremos con su administrador(a) de caso o su proveedor de atención a la salud sobre su elegibilidad. No hablaremos con ninguna otra persona (familiares ni amigos) a menos que nos entregue una declaración firmada en la que indique con quién podemos hablar.

_____
Número de identificación de cliente

Programa de Intervención Temprana Solicitud Confidencial

Prescripciones-APDP Asistencia Médica Seguro Responsabilidad Financiera

Si tiene preguntas o desearía recibir esta solicitud en un formato alternativo, llámenos al teléfono **1-877-376-9316**. Podrá ponerse también en contacto con nosotros por medio del TDD Relay Service del estado en el teléfono 1-800-833-6388.

Envíe esta solicitud llenada y los documentos requeridos a:
Si desea enviar su solicitud por un servicio de mensajería de la noche a la mañana, llámenos para obtener nuestra dirección física.

Early Intervention Program
PO Box 47841
Olympia, WA 98504-7841

1. ¿Cómo oyó hablar por primera vez de nuestro programa? (Marque sólo una casilla)
☐ Administrador(a) de caso ☐ Proveedor de atención a la salud ☐ Amigo(a) ☐ Otros_____

2. Haga el favor de proporcionarnos su información:

_____
Apellido Nombre Inicial Número de teléfono

_____
Dirección postal Ciudad Estado Código postal Condado
Nota: Si su dirección postal es una casilla, debe indicar también la dirección donde vive:

_____
Dirección Ciudad Estado Código postal Condado

_____ ☐ Mujer ☐ Hombre
Fecha de nacimiento Número de Seguro Social (opcional)

Responda a las partes 1 **y** 2:
Parte 1: ¿Es usted hispano o latino americano? ☐ sí ☐ no
y
Parte 2: Marque todo lo que sigue que sea aplicable:
☐ Nativo americano/nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo de Hawaii/de otras islas del Pacifico
☐ Blanco
☐ Otra cosa _____

¿Ha tenido resultados positivos para VIH (HIV)? ☐ sí ☐ no

¿Está incapacitado por su VIH? ☐ sí ☐ no

3. ¿Desea recibir solicitudes de renovación futuras en español? ☐ sí ☐ no

4. ¿Tiene un(a) administrador(a) de caso? ☐ sí ☐ no

¿ Cómo se llama su administrador(a) de caso?_____

¿Cuál es la agencia o el número de teléfono de su administrador(a) de caso?_____

5. Marque cualquiera de estos recursos que tenga.

☐ Dinero en efectivo, cuenta de ahorros o cuenta corriente
☐ Fondo de fideicomiso
☐ Anualidades
☐ Vehículos y casas rodantes (sin contar un automóvil)
☐ Bienes raices (sin contar el hogar donde vive)
☐ Acciones y bonos
☐ Otros ítems de valor _____

6. ¿Cuál es el valor total de sus recursos (no deje en blanco)? $_____

7. ¿Tiene ingresos mensuales? ☐ sí ☐ no

➔ **Si respondió "no",** explique cómo se mantiene a si mismo(a):_____

_____

➔ **Si respondió "sí",** deberá llenar esta sección.

1. **Marque** una casilla para el tipo de ingresos que obtiene.
2. **Escriba** qué cantidad obtiene cada mes, antes de que se le retengan impuestos.
3. **Envíe** la verificación de cada tipo de ingresos.

☐ Sueldo, salario, comisiones, propinas $_____

☐ Compensación de desempleo $_____

☐ Seguro Social, SSI o SSDI $_____

☐ Otros ingresos por incapacidad incluyendo fondos en fideicomiso o de incapacidad $_____

☐ Beneficios de veteranos $_____

☐ Jubilación, pensiones o anualidades $_____

☐ Empleo independiente $_____

☐ Otras fuentes – indíquelas: _____ $_____

Verificación de ingresos

Salario: talón de cheques

Autoempleo: talón de cheques, registros de negocios o algo que muestre la cantidad que obtiene.

Todo los demás: talón de cheques, declaración de beneficios o estados de cuentas de banco que muestren el depósito directo

8. **En su declaración de impuestos más reciente, ¿declaró ingresos de intereses, dividendos ordinarios o ganancias de capital por más de 500 dólares?** ☐ sí ☐ no
Si respondió sí, envíe una copia de su formulario 1040 del IRS más reciente y todos los anexos.

9. ¿Qué cobertura de salud posee? Marque todo lo que sea aplicable.

☐ Beneficios de veteranos

Si es sí, llame a nuestra oficina para más información.

☐ Medicaid del DSHS

¿Tiene una suma de responsabilidad financiera? ☐ sí ☐ no

☐ Medicare

☐ Seguro medico

¿Cómo se llama su compañía de seguros? _____

¿Cuál es el número de teléfono de su compañía de seguros? _____

Ese seguro es: ☐ WSHIP ☐ BHP ☐ Suplemento de Medicare

¿Está en un periodo de espera por una afección preexistente? ☐ sí ☐ no

Si respondió sí, ¿cuándo hizo su solicitud? _____

10. ¿A dónde va para obtener atención médica?

Nombre del proveedor _____ Nombre de la clínica: _____

Ciudad _____ Número de teléfono:_____

Se requiere	La información que contiene este formulario es verdadera y completa hasta donde me consta. Entiendo que el dar información falsa es contrario a la ley. También entiendo que, si doy información falsa o inexacta o no les notifico los cambios de un modo oportuno, podré perder beneficios y se me podrá exigir que los reembolse. **Su firma** _____ **Fecha** _____

Se requiere	**Mantenemos sus registros confidenciales y en seguridad. Para proporcionarle servicios, deberemos hablar con sus proveedores médicos y compartir información con ellos.** Doy mi permiso para que el Programa de Intervención Temprana y mis proveedores de atención a la salud, incluyendo mi administrador(a) de caso y el DSHS, compartan información sobre mi atención médica y mi cobertura de seguro. Doy mi permiso durante un año y 60 días. **Su firma** _____ **Fecha** _____

Opcional	**Deseamos asegurarnos de que todos nuestros clientes reciban servicios de alta calidad. Un modo en el que realizamos esto consiste en enlazar su información con la de hospitales, informes de casos de enfermedades contagiosas y conjuntos de datos de investigaciones especiales. Podrá recibir servicios aun cuando decida no firmar esta declaración.** Doy permiso para enlazar información de identificación de mis registros con otros registros de salud pública en el Department of Health's Office of Infectious Disease and Reproductive Health para evaluar el modo en que se proporcionan servicios, los beneficios que proporciona el programa y los efectos que tiene éste último sobre la salud de la comunidad. **Su firma** _____ **Fecha** _____