



Texas HIV Medication Program
ATTN: MSJA, MC 1873
PO BOX 149347
Austin, Texas 78714-9347
(512) 533-3000 o gratis (800) 255-1090

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA DEL PROGRAMA DE MEDICACIÓN DE VIH DE TEXAS (THMP) – *Actualizadas en diciembre de 2007*

Antes de empezar a rellenar el formulario de solicitud del THMP, dedique un momento a examinar estas instrucciones específicas. Aunque muchas de las preguntas son muy claras, algunas podrían requerir aclaraciones adicionales para ser rellenas correctamente. Si necesita ayuda para rellenar la solicitud, llame al THMP al 1-800-255-1090 o al (512) 533-3000.

¡IMPORTANTE! CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS LO MÁS COMPLETAMENTE POSIBLE POR LO SIGUIENTE:

El objetivo de los formularios de instrucciones y solicitud es ayudarle a proveer inicialmente tanta de la información necesaria como le sea posible para que se pueda determinar a la brevedad posible si reúne los requisitos para la asistencia. Uno de los requisitos que las fuentes de ingresos impusieron al THMP es que el programa sirva de pagador como último recurso, es decir que se haya investigado completamente a los solicitantes a quienes se les apruebe la asistencia con su medicación recetada mediante el THMP para determinar si no solamente cumplan los requisitos financieros sino que también hayan agotado todos los demás recursos de medicación recetada disponibles como cobertura de Medicaid y el seguro médico. El THMP clasifica las solicitudes incompletas o que requieran aclaraciones como solicitudes "pendientes", lo que retrasará el trámite de dicha solicitud. Se envía por correo postal al solicitante una carta de notificación de la clasificación de pendiente en la que se solicita información adicional, y se retiene la solicitud original en el archivo pendiente por un máximo de 90 días en espera del recibo de la información solicitada. Se removerán y borrarán de nuestros archivos las solicitudes pendientes por más de 90 días sin respuesta, y el cliente deberá volver a solicitar en su totalidad al THMP para mayor consideración. Para consultar la lista de preguntas frecuentes sobre el THMP, obtener copias imprimibles de los formularios del THMP y demás material relacionado, remítase a nuestro sitio Web en <http://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds>.

SECCIÓN I – INFORMACIÓN PERSONAL

Pregunta 1 – Ingrese su nombre legal completo en el orden siguiente: apellido, primer nombre y segundo nombre.

Pregunta 2 – Ingrese su fecha de nacimiento legal.

Pregunta 3 -- Ingrese la dirección completa de su lugar de residencia actual, incluido el número del departamento de corresponder. Una dirección de apartado postal o de ruta rural **no** se considera una dirección residencial pero sería apropiada para que la ingrese en la pregunta 6 si desea que se use como su domicilio postal preferido. Si tiene una dirección de ruta rural, liste la calle y el número reales que usa para propósitos de servicio de emergencia del 911.

Pregunta 4 – Marque la casilla que corresponda a su sexo (género).

Pregunta 5 – Marque "sí" si su género es femenino y está embarazada actualmente.

Pregunta 6 – Si provee un domicilio postal alternativo distinto de una dirección de apartado postal o ruta rural, asegúrese de incluir el nombre de la persona a quién entregárselo (in care of; "C/O") el correo postal de usted para que la Oficina de Correos lo entregue en realidad a dicha dirección.

Pregunta 7 – Todos los solicitantes deben incluir al menos una forma de comprobante de residencia en Texas. Entre los tipos de comprobantes de residencia aceptables están los siguientes:

- Documentos (vigentes) válidos de vehículos motorizados (p. ej., registro vehicular o licencia de conducir)
- Carnet (vigente) válido expedido por el Departamento de Seguridad Pública de Texas (DPS)
- Cartas recientes de adjudicación de prestaciones del Seguro Social, Medicaid/Medicare o vales de comida/AFDC
- El acuerdo hipotecario o de alquiler actual que lo liste a usted específicamente como cohabitante
- Documentos y recibos de servicios públicos recientes (factura de electricidad, gas, teléfono o cable)
- Documentos de la oficina de correos que verifiquen su dirección actual
- Documentos de empleo actual (como un talón de cheque que liste su dirección actual)

Si no tiene ninguna de las cosas antes mencionadas que probarían su residencia en Texas, como último recurso puede también presentar una copia de la declaración de mantención (de la página 7 de la solicitud) firmada por quien le provee la mantención, en tanto dicha persona indique específicamente la dirección completa en Texas donde usted vive actualmente.

El THMP se reserva el derecho de solicitar comprobantes adicionales de residencia en Texas en cualquier momento. Si tuviera preguntas sobre los tipos de comprobantes de residencia aceptables, comuníquese con el THMP para que le aclaren.

Pregunta 8 – Número telefónico

Pregunta 9 – Número telefónico alternativo

Pregunta 10 – En un esfuerzo por tramitar su solicitud a la brevedad posible, podría ser necesario comunicarnos con usted telefónicamente para hacerle preguntas adicionales o solicitar información no presentada con su solicitud inicial. Si tiene alguna indicación especial sobre cómo dejarle un mensaje si no nos puede atender, sírvase decirnos –por ejemplo, “no dejen mensajes en el buzón de voz” o “está bien dejar mensajes en el contestador” o hasta “por favor no me llamen a casa o al trabajo”. Queremos hacer el proceso tan fácil como sea posible para usted, pero no queremos arriesgar comprometer su confidencialidad si dejarle mensajes le resultaría problemático. Si no podemos comunicarnos con usted por teléfono, simplemente enviaremos por correo postal una carta con la clasificación de pendiente pidiéndole la información adicional o la información que falta, que retrasará más aún el avance del trámite de su solicitud.

Pregunta 11 – Marque “separado” bajo estado civil si usted y su cónyuge viven aparte **Y** no tiene acceso a ni recibe mantención de los ingresos de su cónyuge. Si su cónyuge se encuentra recluso(a) en una institución de atención a largo plazo, psiquiátrica o penal, documéntelo en una carta e inclúyala como anexo a su solicitud.

Pregunta 12 – Si su estado civil ha cambiado en los últimos 12 meses, ponga cuándo y cómo cambió su estado en realidad; por ejemplo, si se divorció hace 6 meses pondría eso en esta sección. Dicha información es especialmente importante si estuvo inscrito anteriormente en el THMP y ahora esta solicitando asistencia de nuevo, para que nuestro personal entienda qué ha cambiado (o no ha cambiado) en su casa desde la última vez que participó en el programa.

Preguntas 13 y 14 – Si usted (o su cónyuge, de corresponder) no tienen un número de Seguro Social, escriba “NINGUNO” o “NA”. Dejar estas preguntas en blanco retrasará el trámite de su solicitud.

Pregunta 15 – Marque la casilla que corresponda a su raza/etnia.

Pregunta 16 – Si contesta que sí a si vive actualmente en un centro residencial o correccional como un centro de reinserción social, un centro de rehabilitación o un centro correccional y desea que la correspondencia del THMP se le envíe a esa dirección, asegúrese de proveer un domicilio postal completo en la pregunta 6 que tengamos que usar, incluido

el nombre del centro y (de corresponder) la persona a quién entregársele ("C/O") el correo postal de usted en el centro para que reciba el correo en dicho lugar. *(Si esta sección no se aplica a usted, déjela en blanco).*

Pregunta 17 – Si contesta que sí a si fue liberado de su encarcelación por el Departamento de Justicia Criminal de Texas (TDCJ) o cualquier otro centro municipal, estatal, del condado o federal, ponga cuándo fue liberado y de qué centro. Si le liberaron del TDCJ y sabe su número de preso del TDCJ, ingréselo también. *(Si esta sección no se aplica a usted, déjela en blanco).*

SECCIÓN II – INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LOS INGRESOS MENSUALES

Pregunta 18- Al calcular y listar el número de personas que viven en su casa, inclúyase usted mismo, a su cónyuge (si está casado o vive en concubinato), a sus hijos o hijastros y **todas las demás** personas con quien cohabite actualmente en su casa, ya sea que sean sus parientes o no. Si vive en un asilo de ancianos, un albergue, un centro de rehabilitación o un centro de reintegración social, asegúrese de haber marcado la casilla que corresponda a su situación de vivienda en la pregunta 16 y lístese solamente usted en su casa; sin embargo, si está casado y actualmente vive en un asilo de ancianos, un albergue, un centro de rehabilitación o un centro de reintegración social, asegúrese de documentarlo listando a su cónyuge y a sus hijos menores de 18 años de edad que actualmente vivan con su cónyuge en una carta e incluirlo como anexo a su solicitud.

Definición de la familia y la casa para determinar el tamaño de la familia y los ingresos - Los familiares cuyos ingresos se consideran son el solicitante y su cónyuge (o su cónyuge en concubinato), de corresponder. En lo que respecta a los menores de edad, los ingresos de los padres se consideran por cada padre que viva en la misma casa que el menor. Para determinar el número de miembros en el hogar, se deben incluir el solicitante, el cónyuge (o el cónyuge en concubinato) y los hijos que mantienen. Un niño al que se mantiene es un menor de 18 años hijo biológico/adoptado o el hijastro del solicitante. Un menor solicitante es una persona menor de 18 años de edad, que vive con su o sus padres.

Definición de Unión Libre/concubinato – La Unión Libre se permite y reconoce como matrimonio legal en Texas. A las personas se les considera partes en una Unión Libre/concubinato si: 1) han acordado estar casadas, 2) se presentan como marido y mujer, como al presentar declaraciones de impuestos sobre la renta conjuntamente o presentarse ante los demás como "mi esposo" o "mi esposa", y 3) han vivido juntas en Texas como marido y mujer.

Pregunta 19a – ¿Tiene ingresos o recibe prestaciones? Si su respuesta es Sí, rellene la columna del solicitante en la pregunta 20c. Si su respuesta es NO, rellene la sección 20d.

Pregunta 19b – Si está casado/vive en unión libre/concubinato, ¿tiene su cónyuge ingresos o recibe prestaciones? Si su respuesta es Sí, rellene la columna del cónyuge en la pregunta 20c. Si su respuesta es NO, rellene la sección 20d.

Pregunta 19c – Se debe proveer la información en esta sección si se contesta que **SÍ** a la pregunta 19a o 19b.

Ingrese los ingresos MENSUALES totales de su casa. Si está casado (de forma estándar o bajo concubinato), incluya los ingresos de su cónyuge en las columnas correspondientes. NO combine sus ingresos con los ingresos de su cónyuge en una columna – manténgalos separados. Rellene los espacios en blanco, listando las cifras brutas (preimpuestos y de otras deducciones de paga) a menos que se indique lo contrario. Si sus ingresos de cualquiera de las categorías son cero, escriba "0" o "NA" en ese espacio. Se requiere documentación que pueda usarse como comprobante de ingresos o prestaciones o ambas cosas de todas las fuentes listadas en la solicitud. Para cada categoría de ingresos/prestaciones listada, la documentación de su casa (solicitante y cónyuge) que debe incluir con su solicitud es la siguiente:

- **Salario, sueldo, comisiones y propinas (ingresos de empleo):** copias de dos talones de paga más recientes que muestren sus ingresos brutos y sus deducciones de nómina. Si le pagan semanalmente, se requieren cuatro (4) talones de paga consecutivos. Si no está claro en el talón de paga con qué frecuencia recibe un cheque de paga de su empleador, incluya una declaración explicando con qué frecuencia le pagan (semanalmente,

quincenalmente, semimensualmente, mensualmente, etc.). Si su empleador en realidad no le provee talones de paga, se requerirá una carta de su empleador en membrete de la compañía con lo siguiente: 1) su paga mensual bruta y con qué frecuencia le paga su empleador, 2) una declaración específica que verifique que el empleador en realidad no provee talones de paga, 3) una declaración de que usted no recibe cobertura de seguro médico de su empleador y 4) el nombre, la firma, el título laboral y el número telefónico de la persona que escriba la carta.

- **Ingresos de autoempleo:** se requerirá una copia completa de su declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente, incluidos todos los anexos correspondientes. Tome en cuenta que conforme al reglamento del IRS, se requiere que todo aquel con ganancias netas de autoempleo de más de \$400.00 haga una declaración de impuestos sobre la renta federal por dicho año calendario. Si no ha presentado su declaración de impuestos actual para el año o ha presentado una extensión para el año fiscal actual o ambas cosas, presente la declaración de impuestos del año previo junto con una copia de su solicitud de extensión, de corresponder. Si se le aprueba para el THMP en base a su declaración de impuestos del año previo, una vez que haya pasado la fecha límite del 15 de abril (o la fecha límite de extensión del 15 de agosto o ambas fechas) para hacer la declaración, se requiere que presente una copia de la nueva declaración ante el THMP. El no presentar la información solicitada a tiempo resultará en la suspensión de su derecho de participar en el THMP hasta que dicha documentación se reciba y apruebe en realidad.
- **Intereses y dividendos en efectivo:** una copia completa de su declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente.
- **Prestaciones a veteranos y demás pensiones de jubilación:** una copia de su carta de adjudicación de prestaciones o cualquier otro documento oficial que muestre el monto recibido regularmente de la pensión.
- **Prestaciones y adjudicaciones gubernamentales:** las copias de sus cartas de adjudicación que muestren los montos actuales recibidos en dólares servirían de comprobante de ingresos de cosas tales como prestaciones de desempleo, compensación a trabajadores, jubilación del Seguro Social o SSDI, SSI, AFDC/TANF y vales de comida. En ciertos casos cuando se está depositando directamente a una cuenta bancaria una prestación, también podemos aceptar un estado de cuenta bancaria actual como comprobante de ingresos si el estado lista de dónde proviene el monto depositado, como el Seguro Social.
- **Pensión alimenticia/mantención de menores:** una copia de su carta de adjudicación de prestaciones o algún otro documento oficial que muestre el monto recibido regularmente por pensión alimenticia o mantención de menores.
- Si cuenta con otras fuentes de ingresos que no caigan en las categorías provistas, lístelas bajo la categoría "Otros ingresos adicionales" e incluya cualquier comprobante de tales ingresos que pueda proveer. Por ejemplo, si recibe asistencia de vivienda de HOPWA, la Sección 8 o de algún otro tipo provista mediante organizaciones de asistencia locales, bastaría una carta firmada por su gestor de caso que confirme que recibe dichos servicios.

Si ha solicitado cualquiera de las prestaciones listadas en esta sección pero no ha recibido aún notificación de aprobación de una prestación en particular, sería útil para entender su situación de ingresos que indique eso en su solicitud.

Pregunta 19d -- Se debe proveer información en esta sección si la respuesta es **NO** a ya sea la pregunta 19a o a la 19b. Indique en el espacio provisto cómo usted (o su cónyuge) se mantiene. Si está casado y tiene ingresos y su cónyuge no los tiene, indique que su cónyuge no trabaja y que usted es el único proveedor de la casa. Si necesita espacio adicional para aclarar su situación adjunte una hoja adicional.

POR FAVOR TOME EN CUENTA QUE: si declara que actualmente recibe cero ingresos y cero dinero en efectivo de cualquier fuente, también deberá adjuntar una copia del formulario de declaración de mantención del THMP de la página 7 de la solicitud. La declaración de mantención la debe rellenar y firmar la o las personas que le proveen pensión completa o algún otro tipo de asistencia. El formulario lo puede rellenar también cualquier persona distinta de su empleador que le provea asistencia en efectivo a usted para cubrir sus gastos para vivir mensuales. Si recibe mantención de alguien que no sabe de su estado con respecto al VIH, note que la declaración de mantención no menciona nada sobre el VIH o el SIDA en el formulario a fin de preservar su confidencialidad.

El THMP se reserva el derecho de solicitar comprobantes adicionales de ingresos en cualquier momento. Si tuviera preguntas sobre los tipos de comprobantes de ingresos aceptables, no dude en comunicarse con el THMP para le aclaren.

SECCIÓN III – CONDICIÓN LABORAL

Preguntas 20–22 – Recuerde proveer un comprobante de los ingresos de empleo actuales de tanto usted como su cónyuge según se describe anteriormente. Si usted o su cónyuge están desempleados actualmente asegúrese de indicar dónde y cuándo estuvo empleado la última vez y también escriba “No corresponde” o “NA” en las preguntas 21 y 22 de corresponder. *Dejar cualquiera de las preguntas sin contestar resultará en que se asigne a su solicitud la condición de “pendiente”.*

SECCIÓN IV – COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

Pregunta 23 -- Si contesta que si recibe Medicare deberá rellenar el formulario de inscripción en Asistencia Farmacéutica Estatal de VIH de Texas (SPAP) de la página 8.

Las preguntas 24–27 tienen que ver con la condición de seguro médico actual de usted y su cónyuge. Se requerirá documentación en todas las circunstancias en las que usted o su cónyuge tengan cobertura de seguro médico privado. El THMP necesitará recibir comprobante de lo que el seguro cubre o no cubre con respecto a la medicación recetada del solicitante. Tome en cuenta que la cobertura mediante ya sea Medicaid o planes de asistencia médica del municipio/condado (como MAP en Austin, Carelink en San Antonio o la tarjeta dorada del condado de Harris) no requiere documentación adicional; sin embargo, el THMP se reserva el derecho de pedir comprobante de inscripción en tales planes a fin de tener mayor verificación de la identidad, la residencia o el nivel de ingresos de surgir la necesidad.

Pregunta 27– En lo que respecta a cualquiera de las circunstancias listadas en esta pregunta que correspondan a su situación de seguro médico, provea documentación suplemental de su plan de seguro que verifique su situación. Si está a punto de perder o ha perdido recientemente su cobertura de seguro médico, también sería útil para explicar su situación actual una copia de su certificado de cobertura previa que muestre cuándo realmente terminó la cobertura. Si tuviera preguntas sobre qué tipo de documentación bastaría, no dude en comunicarse con el THMP directamente para que le aclaren.

SECCIÓN V – INFORMACIÓN DE LOS PADRES (si el solicitante es menor de 18 años de edad)

Esta sección corresponde solamente a los padres de aquellos solicitantes menores de 18 años de edad que vivan actualmente con el menor; todos los solicitantes mayores de 19 años de edad deben brincar a la sección V. Las preguntas y las respuestas deseadas son comparables a aquellas en las secciones II–IV.

SECCIÓN VI – CONDICIÓN DE VETERANO

Pregunta 28 - Conteste “sí” o “no” según corresponda. Tome en cuenta que los **veteranos** a quienes se les dio la baja honorable o general que se alistaron antes del 7 de septiembre de 1980 y han estado en servicio activo al menos 180 días pueden recibir **atención en los centros médicos de la VA** --*aun cuando no sean discapacitados conforme al reglamento de la VA o del Seguro Social o no hayan servido en una zona de guerra o en tiempo de guerra.* (Los veteranos alistados por vez primera después del 7 de septiembre de 1980 deben *también* haber servido al menos dos años ----*a menos que* hayan sido reservistas o miembros de la Guardia Nacional activados que sirvieron en su totalidad un llamamiento más corto o a quienes se les dio la baja prematura por discapacidad). La atención disponible mediante la VA incluye hospitalizaciones de internos, servicios hospitalarios ambulatorios, servicios clínicos y médicos y recetas ambulatorias. Los veteranos que fueron prisioneros de guerra y estén completa o parcialmente discapacitados por causas *relacionadas al servicio* reciben atención gratuita prioritaria. Los demás veteranos *no relacionados con el servicio* que reúnan los requisitos financieros reciben atención gratuita, a excepción del copago de \$2 por receta. Los veteranos *no relacionados con el servicio* con mayores niveles de ingresos reciben atención en espacios disponibles con copagos bajos. Las **personas a cargo** de los veteranos --los cónyuges, los viudos o viudas y los hijos menores de edad o adultos que quedaron

discapacitados en la infancia de los veteranos discapacitados *en conexión con el servicio*- reciben **seguro médico** gratuito (similar a los planes de grupo ofrecidos por los principales empleadores) de **CHAMPVA**, sin importar su nivel de ingresos. Para conocer los detalles, vea el sitio Web de la VA, www.VA.gov.

SECCIÓN VII- CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Pregunta 29 – Autorización para dar a conocer información confidencial: por razones de confidencialidad, bajo circunstancias normales las únicas personas con las que el THMP tendría contacto con respecto al estado de su solicitud y el programa serían los profesionales médicos correspondientes de su farmacia o el consultorio médico asignado (y sus padres, pero **solamente** si usted es menor de 18 años de edad y no un menor emancipado). Si desea permitir que otro u otros individuos hablen con el THMP en su nombre, como un gestor de caso, un hermano o algún otro familiar o su cónyuge, la persona con quien cohabita o su pareja, liste cada individuo específico en las líneas provistas. La autorización está en vigencia por cada individuo hasta que usted la revoque por escrito, cosa que puede hacer en cualquier momento.

Pregunta 30 – Si un gestor de caso o un trabajador social le está ayudando con sus solicitudes de los programas de servicio social y otras prestaciones, lístelos aquí.

Firma del solicitante: lea las seis declaraciones detenidamente antes de firmar y fechar la solicitud. Si el solicitante es menor de 18 años de edad, no se requiere que firme, pero normalmente se requeriría que uno de los padres firme y feche la solicitud a menos que el menor sea un menor emancipado y se haya documentado como tal al hacer la solicitud.

El propósito de la **declaración de mantención** de la página 7 de la solicitud es que se use en situaciones en las que usted declare cero ingresos y prestaciones y viva solamente de la mantención de un amigo, su pareja o un pariente que certifique su mantención completando esta declaración. En casos en los que no tenga otro método para comprobar la residencia en Texas, la declaración también podría servir de comprobante de residencia al estar firmada por alguien que le provea mantención en esa dirección específica en Texas.

El Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal de VIH de Texas (SPAP)

Todos los solicitantes del THMP que reciban Medicare (Parte A Hospital o Parte B Médico o ambas) deben rellenar el formulario de inscripción del Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal de Texas (SPAP) de la página 8. Si no recibe Medicare deje la página en blanco.

El SPAP se diseñó para proveer ayuda con los copagos, los coseguros y la cobertura relativa a los planes de fármacos recetados de Medicare parte D. Tome en cuenta que el THMP no puede ayudar con las primas del plan mensuales y es su responsabilidad pagar dichos costos directamente a su plan o hacer que se deduzcan de su cheque del Seguro Social. **Se requiere que todas las personas inscritas en el SPAP se inscriban en un plan de Medicare parte D.** Aunque no esté inscrito en un plan de la parte D debe presentar la solicitud del SPAP y un miembro del personal del SPAP se comunicará con usted por lo de la inscripción al plan de Medicare parte D.

Sección I

Provea su nombre, número o números telefónicos y número del Seguro Social de corresponder. Se requieren tanto su número de Medicare como la fecha de vigencia de su plan de Medicare parte A, y encontrará dicha información en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

Sección II

Si está inscrito en un plan de fármacos recetados de Medicare parte D, provea la información de su plan. Aunque esté inscrito en un plan de la parte D, debe presentar el formulario de inscripción del SPAP y un miembro del personal del SPAP se comunicará con usted por lo de la inscripción al plan. Tome en cuenta que se requerirá la inscripción en un plan de Medicare parte D.

Sección III

Se requiere que todos los solicitantes que reciban Medicare soliciten un subsidio de escasos ingresos disponible mediante el Seguro Social.

Si ya solicitó dicha asistencia indique el estado de su subsidio.

Si no ha solicitado dicha asistencia se requerirá que lo haga. Puede hacer la solicitud por teléfono llamando a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, acudiendo a la oficina local de la Administración del Seguro Social o en línea en www.ssa.gov. También puede llamar al THMP al 1-800-255-1090 para pedir que le envíen una solicitud por correo postal.

Sección IV

Lea las cinco declaraciones detenidamente antes de firmar y fechar la solicitud. Si el solicitante es menor de 18 años de edad, no se requiere que firme, pero normalmente se requeriría que uno de los padres firme y feche la solicitud a menos que el menor sea un menor emancipado y se haya documentado como tal al hacer la solicitud.

Texas HIV Medication Program
ATTN: MSJA, MC 1873
PO BOX 149347
Austin, Texas 78714-9347
(512) 533-3000 o gratis (800) 255-1090