



## SOLICITUD DE ASISTENCIA DE MEDICACIÓN

Texas HIV Medication Program  
 ATTN: MSJA MC 1873  
 PO Box 149347, Austin, TX 78714-9347  
 1-800-255-1090

Escriba con letra de molde y conteste todas las preguntas. Examine las instrucciones adjuntas detenidamente antes de empezar. Si necesita ayuda para rellenar la solicitud, comuníquese con el THMP al número telefónico de arriba. Envíe por correo la solicitud rellena al THMP a la dirección de arriba. A menos que se indique lo contrario, envíe copias legibles de los documentos requeridos; si envía los documentos originales no se le devolverán.

### SECCIÓN I – INFORMACIÓN PERSONAL

1. Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	2. Fecha de nacimiento
3. Dirección – (No ponga apartados postales ni rutas rurales)		4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero	5. Si es usted mujer, ¿está embarazada actualmente?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad	Estado		
<i>Si desea que se le envíe el correo postal a otro lugar <b>distinto</b> de su dirección sírvase dar un domicilio postal alternativo:</i>			
6. Domicilio postal - (No ponga apartados postales ni rutas rurales)		Ciudad, estado y código postal	
7. ¿Es actualmente residente del estado de Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Se requiere comprobante de residencia en Texas. Ejemplos: licencia de conducir o identificación del DPS; carta de adjudicación de beneficios del Seguro Social, Medicaid o Medicare; contrato de alquiler actual o la factura de luz, gas o del teléfono en su nombre.	
8. Teléfono en casa (código de área + número)  ¿Podemos dejar mensajes en su correo de voz o contestador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		9. Teléfono de la oficina/alternativo (código de área + número)  ¿Podemos dejar mensajes en su correo de voz o contestador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. Para tramitar su solicitud más rápidamente, es posible que necesitemos llamar a su casa para hacerle preguntas adicionales. Si usted no nos puede atender, ¿tiene alguna indicación especial sobre cómo dejarle un mensaje?			
11. Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado/Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <i>(Consulte las instrucciones)</i>		12. Si su estado civil cambió el año pasado sírvase explicar brevemente cuándo y cómo cambió.	
13. Su número del Seguro Social		14. Número del Seguro Social de su cónyuge (de corresponder)	
15. Raza/etnia (marque lo que mejor lo describa) <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano (no hispano) <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro/se desconoce			
16. ¿Vive actualmente en un centro residencial o correccional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre y ubicación del centro:		Tipo de centro residencial <input type="checkbox"/> Casa de transición <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Casa para convalecientes <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación	Tipo de centro correccional <input type="checkbox"/> Cárcel municipal/del condado <input type="checkbox"/> TDCJ ¿Espera ser liberado de su detención? _____
17. ¿Lo liberaron recientemente de un centro del Departamento de Justicia Criminal de Texas (TDCJ), de la Cárcel del Condado o de la Penitenciaría Federal? <i>(Sírvase indicar cuándo y de qué centro fue liberado)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del centro		Número TDCJ (de corresponder)	Fecha de liberación (o fecha de liberación anticipada)

## SECCIÓN II – INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LOS INGRESOS MENSUALES

18. Incluido usted, ¿cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

Rellene la siguiente sección por **todas** las personas que vivan en su casa sin incluirlo a usted (*eso incluye hijos, cónyuges, parientes, amigos y con quien comparta su vivienda*):

Nombre	Edad (dé la fecha de nacimiento si es menor de 18 años de edad)	Relación

19a. ¿Tiene ingresos o recibe beneficios?  Sí  No (Si contestó que sí, rellene la sección 19c; si contestó que no rellene la sección 19d)

19b. Si está casado o vive en unión libre, ¿tiene su cónyuge ingresos o recibe beneficios?  Sí  No (Si contestó que sí, rellene la sección 19c; si contestó que no rellene la sección 19d)

**19c. Si contestó que SÍ, rellene esta sección** Liste a continuación todas las fuentes de ingresos - se requiere documentación de todos los ingresos y se debe presentar junto con la solicitud:

Fuentes de ingresos/beneficios <i>(Mensuales – brutos totales antes de impuestos)</i>	Solicitante	Cónyuge	Documentación requerida
Salario, sueldo, comisiones o propinas			Al menos dos (2) talones de cheque o estados de ganancias actuales consecutivos. Si le pagan semanalmente, se requieren cuatro (4) talones de cheque consecutivos. <i>(Consulte las instrucciones para obtener detalles adicionales).</i>
Ingresos de autoempleo			Una copia rellena de su declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente. Nótese que conforme al reglamento del IRS, todo aquel que reciba ganancias netas de autoempleo de más de \$400 debe hacer una declaración de impuestos sobre la renta federales de dicho año calendario.
Intereses, dividendos en efectivo o rendimientos del capital mobiliario			Una copia de su carta de adjudicación de beneficios o cualquier documento oficial que muestre el monto recibido regularmente.
Beneficios /ingresos de desempleo			
Ingresos del Seguro Social (beneficios de jubilación o por discapacidad)			
Beneficios de pensión de jubilación			
Beneficios a veteranos			
Ingresos de Seguridad Suplemental			
Otros beneficios /ingresos por discapacidad			
Estampillas para comida			
Beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)			
Pensión alimenticia/mantención de menores recibida:			
Otros ingresos (especifique el origen):			

¿Recibió asistencia de vivienda del HOPWA, de la Sección 8 o vivienda subsidiada?  Sí  No  
*(Si contestó que sí, incluya la verificación de la agencia)*

**19d. Si contestó que NO, rellene esta sección** - Díganos cómo se mantiene usted (o su cónyuge): (p. ej., vivienda, alimentos, ropa, facturas, etc.) *Sírvase incluir una declaración de mantención rellena y firmada por la o las personas o la agencia que provee dicha mantención.* Si el solicitante está casado e informa de ingresos en la sección 20c y su cónyuge no tiene ingresos indique que el solicitante es el único proveedor de la casa en el siguiente espacio. Nótese que omitir o dar información falsa deliberadamente podría resultar en que se le dé de baja del THMP, se le procese criminalmente o ambas cosas. Adjunte una hoja adicional de ser necesario.


### SECCIÓN III – CONDICIÓN LABORAL

20. ¿Cuál es su condición laboral actual? <i>(Debe marcar todo lo que corresponda)</i>	Usted	Su cónyuge (de corresponder)
Empleado tiempo completo (usualmente trabaja 30-40+ horas a la semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado medio tiempo (usualmente trabaja menos de 30 horas a la semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado por una agencia temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado por temporada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin trabajo/desempleado Si está sin trabajo, ¿dónde y cuándo trabajó la última vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nombre de su empleador y su título laboral	22. Nombre del empleador y título laboral de su cónyuge	

### SECCIÓN IV – COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

23. ¿Recibe Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí, deberá también rellenar el formulario de inscripción del Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal de VIH de Texas (SPAP)		
	Solicitante	Su cónyuge (de corresponder)	Documentación requerida
24. ¿Reciben usted o su cónyuge beneficios de seguro médico privado patrocinado por su empleador o COBRA (para continuación del seguro)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí, provea una copia de <u>ambos</u> lados de la tarjeta de seguro e incluya documentación sobre cómo funciona su cobertura de medicina recetada.
24a. Si contestó que sí, ¿está cubierta la medicina recetada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
25. Si usted o su cónyuge estuvieron desempleados recientemente (en los últimos 60 días), ¿patrocinó su empleador el seguro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí, provea un comprobante de baja o terminación del seguro (certificado de cobertura anterior)
26. Otro u otros tipos de cobertura de seguro médico	Solicitante	Su cónyuge (de corresponder)	
Cobertura médica de la Administración de Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número (usted): Número (su cónyuge):
Programas de asistencia médica municipal o del condado (como MAP Card, Gold Card, Carelink, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene algún otro tipo de cobertura médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sírvase especificar:
27. Si tiene seguro médico (distinto de Medicaid, Medicare o asistencia municipal o del condado) que cubra su medicina recetada, ¿por qué hizo la solicitud a este programa? <i>(Sírvase marcar TODO lo que corresponda y presente documentación adicional del plan de seguro que verifique su situación).</i>			
<input type="checkbox"/>	Una o más de una de mis recetas de VIH/SIDA no están cubiertas por mi plan.		
<input type="checkbox"/>	La cobertura del seguro o de COBRA se vencerá pronto <i>(dé la fecha de vencimiento)</i> : _____		
<input type="checkbox"/>	Los gastos han sobrepasado el límite de vida del plan del seguro.		
<input type="checkbox"/>	Los gastos han sobrepasado o están a punto de sobrepasar el límite de medicina recetada anual del plan. Monto del límite de recetas anuales: \$ _____		
<input type="checkbox"/>	El VIH/SIDA es una enfermedad preexistente según mi plan de seguro médico. De conocerla, sírvase dar la fecha en que se llegará al límite de enfermedad preexistente de su plan de seguro: _____		
<input type="checkbox"/>	Otras limitaciones de cobertura o pago <i>(especifique)</i> : _____		

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

Si el solicitante es **menor de 18 años de edad** esta sección la debe rellenar el o los padres que viven con el menor. Si hay información adicional que ayudaría a aclarar la situación del menor, presente la información en una hoja de papel aparte. Si el solicitante es **mayor** de 18 años de edad, sírvase dejar esta página en blanco.

A. Nombre del padre	B. Nombre del padre (de corresponder)
---------------------	---------------------------------------

C. ¿Tiene el padre o padres listados arriba ingresos o beneficios?  Sí  No  
 Si contestó que **sí**, rellene la sección C1.  
 Si contestó que **no**, provea una declaración sobre cómo mantienen al menor (p. ej., vivienda, alimentos, ropa, facturas, etc.) e incluya una declaración de mantención rellena y firmada por la o las personas o la agencia que provee la mantención.

C1. Liste todas las fuentes de ingresos a continuación -se requiere documentación de todos los ingresos y se debe presentar con la solicitud

Fuentes de ingresos/beneficios <i>(Mensuales –brutos totales antes de impuestos)</i>	Padre (A)	Padre (B)	Documentación requerida
Salario, sueldo, comisiones o propinas			Al menos dos (2) talones de cheque o estados de ganancias actuales consecutivos <i>(consulte las instrucciones para obtener detalles adicionales)</i> .
Beneficios/ingresos de desempleo			Una copia de su carta de adjudicación de beneficios o cualquier documento oficial que muestre el monto recibido regularmente.
Ingresos del Seguro Social (beneficios de jubilación o por discapacidad)			
Beneficios de pensión de jubilación			
Beneficios a veteranos			
Ingresos de Seguridad Suplemental			
Otros beneficios/ingresos por discapacidad			Una copia rellena de su declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente. Nótese que conforme al reglamento del IRS, todo aquel que reciba ganancias netas de autoempleo de más de \$400 debe hacer una declaración de impuestos sobre la renta federal de dicho año calendario.
Intereses, dividendos en efectivo o rendimientos del capital mobiliario			
Ingresos de autoempleo			Una copia de su carta de adjudicación de beneficios o cualquier documento oficial que muestre el monto recibido regularmente.
Vales de comida			
Beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)			
Pensión alimenticia/mantención de menores recibida:			
Otros ingresos (especifique el origen):			

D. ¿Recibió el o los padres asistencia de vivienda del HOPWA, de la Sección 8 o vivienda subsidiada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>(Si contestó que sí, incluya la verificación de la agencia)</i>
--	--

**CONDICIÓN LABORAL**

E. ¿Cuál es el la condición laboral actual del o los padres? <i>(Debe marcar lo que corresponda)</i>	Padre (A)	Padre (B)
Empleado tiempo completo (usualmente trabaja 30-40+ horas a la semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado medio tiempo (usualmente trabaja menos de 30 horas a la semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado por una agencia temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado por temporada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin trabajo/desempleado Si está sin trabajo, ¿dónde y cuándo trabajó la última vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Padre (A) - Nombre del empleador y título laboral	G. Padre (B) - Nombre del empleador y título laboral
--	--

**COBERTURA DE SEGURO**

H. ¿Recibe el o los padres beneficios de seguro médico patrocinado por el empleador o privado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí, provea una copia de <u>ambos</u> lados de la tarjeta de seguro e incluya documentación sobre cómo funciona su cobertura de medicina recetada.
Si contestó que sí, ¿cubre la póliza la medicina recetada del menor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**SECCIÓN VI – CONDICIÓN DE VETERANO (consulte los detalles de las instrucciones de la solicitud)**

28. ¿Es veterano de los Estado Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó que sí	
¿Recibe actualmente beneficios médicas de veteranos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha estado en servicio activo por más de 180 días (6 meses) en el ejército, la armada, la fuerza aérea, los marines, los guardacostas o la reserva?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Le dieron la baja honorable o general?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**SECCIÓN VII – CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE**

29. **Autorización de revelación de información confidencial:** para que se tramite mi solicitud a la brevedad posible, autorizo al o a los siguientes individuos a que hablen con el THMP en mi nombre sobre si reúno los requisitos y cualquier pregunta que surja sobre mi solicitud. Los individuos pueden ser amigos o familiares específicos o pueden ser coordinadores de atención, trabajadores sociales u otros gestores de caso que operen en mi nombre. La autorización tendrá vigencia hasta que la revoque por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento. *(Consulte las instrucciones para conocer detalles adicionales)*

Nombre de la persona	Su relación con usted (o el nombre de la agencia, de corresponder)	Número telefónico

30. Información adicional – Si alguien le ayuda con la solicitud de los programas de servicio social y otras beneficios, sírvase listar a dicha persona a continuación:

Nombre del coordinador de atención, trabajador social o gestor de caso:

Agencia:	Número telefónico:
----------	--------------------

**SECCIÓN VIII – CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE**

**IMPORTANTE – EL SOLICITANTE DEBE FIRMAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN:**

- Entiendo que esta solicitud es un documento legal. Con mi firma (1) doy fe de que toda la información dada es verídica y correcta y (2) autorizo la revelación de mi información médica al Programa de Medicación de VIH de Texas (THMP).
- Entiendo que es mi responsabilidad notificar al THMP de inmediato si mis o nuestros ingresos aumentan; si me/nos mudamos de Texas o si mi/nuestro estado civil, el estado de la casa o del seguro cambia.
- Entiendo que el THMP podría solicitar la verificación de la información que he provisto para tramitar mi solicitud y también en cualquier momento en un futuro. También entiendo que el trámite de mi solicitud se podría retrasar hasta que se reciba la verificación solicitada.
- Entiendo que omitir o dar información falsa deliberadamente podría causar que se me dé de baja del THMP o que se me procese criminalmente o ambas cosas.
- Entiendo que el THMP se reserva el derecho de limitar las inscripciones dependiendo de la disponibilidad de fondos.
- Entiendo que conforme a las normas se requiere que el THMP recertifique si reúno los requisitos a fin de seguir recibiendo servicios.

Firma del solicitante	Fecha
Firma del padre (si el solicitante es menor de 18 años de edad)	Fecha

## ¿Está completa su solicitud?

Si su solicitud no está completa al ser presentada, no podremos determinar si reúne los requisitos. ¿Hizo lo siguiente?

- ¿Contestó todas las preguntas de la solicitud?
- ¿Incluyó su comprobante de residencia en Texas?
- ¿Incluyó su comprobante de ingresos actuales?
- ¿Incluyó una copia de su tarjeta de seguro médico (de corresponder)?
- ¿Firmó la solicitud?
- Si recibe Medicare, ¿incluyó también el formulario de inscripción del SPAP?

Si tiene preguntas llame al THMP al 1-800-255-1090.

### **Envíe por correo postal todo el material de solicitud a:**

**Texas HIV Medication Program  
Texas Department of State Health Services  
Attn: MSJA, MC 1873  
PO BOX 149347  
Austin, Texas 78714-9347**

### **NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD**

Tiene derecho, con pocas excepciones, a solicitar y a que se le informe sobre información que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información tras solicitarla. También tiene derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine sea incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para informarse sobre la notificación de privacidad. (Fuente: secciones 522.021, 522.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental de Texas)

Para informarse al respecto e incluso consultar las preguntas frecuentes y las copias descargables de los documentos del programa, sírvase visitar el sitio Web del Programa de Medicación de VIH de Texas en <http://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds> .

Para informarse sobre las organizaciones de servicio, los servicios de gestión de caso y los recursos comunitarios del SIDA en su localidad, sírvase llamar al 211.

Si tiene preguntas, comentario o dudas sobre el Programa de Medicación de VIH de Texas y esta solicitud, para obtener ayuda, sírvase llamar al programa directamente al 1-800-255-1090.

Una vez que haya completado la solicitud y reunido los documentos adjuntos necesarios, envíe por correo la solicitud a: Texas HIV Medication Program, ATTN: MSJA MC 1873, PO BOX 149347, Austin TX 78714-9347

(revisado en 12/2007)

## DECLARACIÓN DE MANTENCIÓN

Si los ingresos y beneficios totales del solicitante suman cero, debe rellenar este formulario y firmarlo la persona que provea la mantención.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que actualmente mantengo a  
(Nombre de quien provee la mantención en letra de molde)

\_\_\_\_\_, quien vive en la siguiente  
(Nombre del cliente en letra de molde)

dirección: \_\_\_\_\_.  
(Calle y número, ciudad, estado y código postal)

Lo he mantenido desde \_\_\_\_\_ . Mi relación con el solicitante  
(Fecha)

es \_\_\_\_\_. Según tengo entendido, sus

ingresos mensuales totales son de \$ \_\_\_\_\_.

El tipo de mantención que proveo es (marque todo lo que corresponda):

Sólo hospedaje/alojamiento  Pensión completa/Alojamiento y alimentación(alimentos/ropa)  Pago de las facturas de servicios públicos/renta

Ayuda con dinero en efectivo \*  Otro \_\_\_\_\_

\* Si es dinero en efectivo, proveo \$ \_\_\_\_\_ al mes al solicitante.

Explicación adicional (de ser necesaria):

Se pueden comunicar conmigo en el o los siguientes números para verificar dicha información: \_\_\_\_\_

Con mi firma en este formulario, declaro que la información anterior es una declaración precisa de la asistencia provista al solicitante. Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente se podría dar de baja al solicitante del programa o procesársele criminalmente o ambas cosas.

Firma del proveedor de mantención

Fecha

**Sírvase tomar en cuenta que:** si hay circunstancias especiales alrededor de su situación en casa que necesitarían una explicación o la verificación del trabajador social, el gestor de caso o el enfermero de salud pública, haga que le provean una declaración de mantención detallada a nombre suyo y adjúntela a su solicitud al solicitar la asistencia.



Toll Free: 1-800-255-1090  
Fax: 512-371-4670

**Inscripción -Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal de VIH de Texas**

ATTN: MSJA MC: 1873  
Texas Department of State Health Services  
PO Box 149347  
Austin, TX 78714-9347

El formulario lo deben rellenar los solicitantes que tengan MEDICARE. Se inscribirá a los individuos con Medicare que reúnan los requisitos para recibir asistencia del Programa de Medicación de VIH de Texas (THMP) en el Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal de VIH de Texas (SPAP) para que obtengan su medicina. El SPAP se diseñó para proveer ayuda con los copagos, los coseguros y la cobertura de déficits relativos a los planes de medicinas recetadas de Medicare parte D. Si tiene preguntas sobre el SPAP o esta solicitud sírvase llamar al 1-800-255-1090. **Si aún no se inscribe en el THMP, debe también rellenar toda la solicitud del THMP.**

**SECCIÓN I – INFORMACIÓN PERSONAL**

Apellido		Primer Nombre		Segundo nombre	
Domicilio postal			Número telefónico (código de área + número)		
			¿Podemos dejar mensajes en su correo de voz o contestador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Su número del Seguro Social		Su número de Medicare		Fecha de vigencia de Medicare parte A (listada en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)	

**SECCIÓN II – INFORMACIÓN DE MEDICINA RECETADA DE MEDICARE**

¿Esta inscrito en un plan de medicina recetada de Medicare (parte D)?  Sí Si contestó que sí, sírvase dar la información del plan a continuación.  
 No

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Número de ID: \_\_\_\_\_ RxBin: \_\_\_\_\_ RxPCN: \_\_\_\_\_ RxGroup: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III – SUBSIDIO POR ESCASOS INGRESOS**

¿Ha solicitado el Subsidio por Escasos Ingresos o Ayuda Extra mediante la Administración del Seguro Social?  Sí - sírvase indicar el estado de su solicitud a continuación.  
 No - necesita solicitar esa asistencia, sírvase llamar al 1-800-255-1090 para pedir que le envíen por correo una solicitud.

Estado de la solicitud del Subsidio por Escasos Ingresos/Ayuda Extra

Aprobada; 100% de asistencia  Asistencia denegada (adjunte una copia de la carta predecisión o de denegación)

Aprobada; asistencia parcial (adjunte una copia de la carta de aprobación)  A la espera de una determinación; fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN IV – ACUERDO DEL SPAP**

- Entiendo que es mi responsabilidad:
  - inscribirme en un plan de medicina recetada de Medicare,
  - mantener vigente mi inscripción en un plan de medicina recetada de Medicare y
  - pagar la prima mensual del plan de medicina recetada directamente al plan de medicina recetada.
- Entiendo que es mi responsabilidad notificar al SPAP de VIH de Texas de inmediato si sucede lo siguiente:
  - aumentan los ingresos de mi casa,
  - cambia mi dirección o me mudo del estado de Texas,
  - cambia mi estado civil, el estado de mi casa o el de mi seguro o
  - cesan mi beneficios de Medicare.
- Entiendo que el SPAP de VIH de Texas se reserva el derecho de limitar las inscripciones dependiendo de la disponibilidad de fondos.
- Entiendo que se requiere que el SPAP de VIH de Texas recertifique si reúno los requisitos cada tercer año conforme a las normas del programa a fin de seguir recibiendo servicios.
- Entiendo que este es un documento legal. Con mi firma (1) doy fe de que toda la información dada es verídica y correcta, (2) autorizo la revelación de mi información médica al Programa de Medicación de VIH de Texas, incluido el SPAP de VIH de Texas, y (3) doy fe de que resido en el estado de Texas.

Firma del solicitante	Fecha
Firma del padre (si el solicitante es menor de 18 años de edad)	Fecha