

MICHIGAN DRUG ASSISTANCE PROGRAM (MIDAP)
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE DROGAS DE MICHIGAN (MIDAP)
 Michigan Department of Health and Human Services

Nuevo (Nunca estuvo en el MIDAP) Miembro del MIDAP Id. del MIDAP: _____

Porfavor marque la casilla si alguno de los siguientes criterios se aplica a usted

Actualmente estoy embarazada
 Mi cuenta CD4 es inferior a 200 (CD4 <200; brinde la cuenta CD4 _____).
 Soy menor de 18 años
 Fui liberado de prisión dentro de los últimos 30 días
 Fui dado de alta del hospital dentro de los últimos 14 días
 Me mude a Michigan recientemente en los últimos 60 días
 Perdí mi seguro dentro de los últimos 30 días. (Dé el nombre de la aseguradora: _____).
 Estuvo en un programa de asistencia de drogas de otro estado. (Dé el nombre del estado: _____).

EVALUACION DE ELEGIBILIDAD

A. Información del Solicitante y Sector Demográfico (en imprenta por favor)				
Apellido Legal		Primer Nombre Legal		Segundo Nombre Legal
Apellido de Soltera		Preferencia de Nombre		
¿Cuál es su estado de vivienda actual? <input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda permanente: <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda temporaria (en la casa de un amigo, hotel, dormitorio de universidad) <input type="checkbox"/> No tengo hogar y/o vivo en un refugio <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Domicilio Personal/ Residencial (La prueba de residencia deberá estar adjunta)				Nº de Apartamento
Ciudad	Estado MI	Código Postal	Condado	
¿Se puede enviar la información del programa a la dirección indicada arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Dirección de Correo (diferente a la residencial)				Nº de Apartamento
Ciudad	Estado MI	Código Postal	Condado	
¿Se puede enviar la información del programa a la dirección indicada arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Número telefónico principal donde usted puede ser contactado durante el horario diurno _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo		Número telefónico alternativo donde puede ser contactado durante el horario diurno _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo		
¿Puede el MIDAP comunicarse con usted a este número con relación a su solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Puede el MIDAP comunicarse con usted a este número con relación a su solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Puede el MIDAP dejar un mensaje de voz en este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Puede el MIDAP dejar un mensaje de voz en este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de correo electrónico		Número del Seguro social		Fecha de Nacimiento
Sexo Asignado al Nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Sexo Actual <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro, por favor especificar _____		
Estado Transgénero <input type="checkbox"/> Masc. a Fem. <input type="checkbox"/> Fem. a Masc. <input type="checkbox"/> Otro, por favor especificar _____				

¿Cuál es su Idioma preferido?			
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Está actualmente embarazada?		Si es así, ¿cuándo es su fecha de parto?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Desconocido			
Raza (Una o más categorías pueden ser seleccionadas)			
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Aborigen Estadounidense o Nativo de Alaska			
Nativo de Hawái/Islas del Pacífico (Seleccione una o más subcategorías que apliquen a continuación):			
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guamanio o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico			
Asiático (Seleccione una o más subcategorías que apliquen a continuación):			
<input type="checkbox"/> Aborigen Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro en Asia			
Origen Étnico (Seleccione una de las siguientes opciones)			
<input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido			
Si usted es hispano, latino/a o de origen hispánico, seleccione una o más subcategorías que correspondan a continuación			
<input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Estadounidense, Chicano/a <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño			
<input type="checkbox"/> Otro Origen Hispano, Latino/a u Origen Hispano			
B. Estado y Fecha de la Enfermedad			
Fecha Estimada de Diagnóstico de VIH Positivo		Etapa de la Enfermedad del VIH (Marque una opción)	
		<input type="checkbox"/> VIH positivo, estado de SIDA desconocido	
Fecha Estimada de SIDA Positivo, si aplica		<input type="checkbox"/> VIH positivo, no SIDA	
<input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> 3 ^{er} Estadío de VIH (definido por el CDC como SIDA) <input type="checkbox"/> Desconocido	
C. Prueba de Estado de SIDA (Para Nuevos Solicitantes Únicamente)			
Esta sección deberá ser completada con los valores más recientes del laboratorio.			
Cuenta absoluta CD4	Fecha de resultado de examen más reciente	ARN del VIH/ Carga Viral	Fecha de resultado de examen más reciente
Si los resultados de laboratorio no están disponibles inmediatamente, solicite a su médico o a la persona designada (de acuerdo a lo autorizado por la ley de Michigan) que firme para que usted pueda recibir 30 días de cobertura temporaria.			
Nombre del Médico/ Persona Designada (Imprenta)			Fecha
Firma del Médico/ Persona Designada			Número de NPI del Médico
Si firma como persona designada, por favor escriba el número del médico			
D. Número de Integrantes y Nivel de Ingresos en el Hogar			
Número de Integrantes de su Familia			
El MIDAP usa el número de personas que viven en su hogar para determinar si usted es elegible. El número de integrantes lo incluye a usted, a su cónyuge, y a cualquier persona dependiente menor de 19 años de edad que viva con usted.			

¿Posee un ingreso?		Si es así, marque todas las fuentes de ingreso que posea. Coloque la suma total en la línea sobre la derecha en los totales MENSUALES en BRUTO (antes de impuestos).	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sin Ingreso <input type="checkbox"/> Compens. de trabajadores _____	
		<input type="checkbox"/> Sueldo de empleo _____ <input type="checkbox"/> Ingreso del s. social por incapacidad _____	
		<input type="checkbox"/> Desempleado _____ <input type="checkbox"/> Ingreso del seg. complementario _____	
		<input type="checkbox"/> Pens. alim./ apoyo inf. _____ <input type="checkbox"/> FIP/TANF _____	
		<input type="checkbox"/> Ingreso de pensión/jubilación _____ <input type="checkbox"/> Asist. estatal por incapacidad _____	
		<input type="checkbox"/> Ingreso del Seg. Social _____ <input type="checkbox"/> Benef. a veteranos _____	
		<input type="checkbox"/> Ingresos de trabajo por cuenta propia _____ <input type="checkbox"/> Otro _____	
Si usted no percibe ingresos o un ingreso bajo (inferior al 138% del Nivel Federal de Pobreza), deberá solicitar Medicaid y brindar el número de rastreo al MIDAP para que cualquier cobertura pueda ser brindada. <i>Para recibir ayuda para determinar su nivel de ingresos, consulte el cuadro de ingresos en la página 3 de esta solicitud.</i>			
Fecha de la Solicitud del MDHHS		Número de Rastreo del MDHHS	

E. Cuidado Médico y Seguro de Drogas

Marque todas las casillas que describan el estado de su seguro médico y provea información del plan a continuación. Por lo menos, un ítem deberá ser marcado.

No elegible para el seguro de cualquier tipo. Si no es elegible para Medicaid/ Healthy Michigan Plan, se requiere la Declaración de No Elegible para el Seguro.

Privado – Empleador (Seguro Patrocinado por el Empleador)

Privado – Individual (Pagado por usted u otra entidad)

Medicare

Parte A (Hospital)

Parte B (Médica)

Parte C (Ventaja)

Parte D (Prescripción)

Si se encuentra inscripto en el Medicare Parte D, **se deberá inscribir en el Programa de Ayuda Extra/ Subsidio por Bajos Ingresos (LIS).** Una vez que reciba la notificación de que fue **aprobado** (para el subsidio completo o parcial) o **rechazado** para Ayuda Extra/ LIS, **deberá ser enviada una copia de la carta al MIDAP.**

Aprobado – asistencia 100%

Rechazado

Aprobado – asistencia parcial

Esperando determinación: fecha de solicitud: _____

Si cuenta con Medicare Parte A o Medicare Parte B, por favor brinde la siguiente información:

Nº de ID de Medicare: _____ Fecha Inicio Parte A: _____ Fecha Inicio Parte B: _____

Medicaid

Completo “En Orden”

HMO

Healthy Michigan Plan

CHIP

Spenddown

Administración para Veteranos (VA), Tricare u otro seguro médico militar

Ubicación/ Ciudad de acceso al cuidado: _____

Servicios Médicos para Aborígenes (Indian Health Services, IHS)

Plan de Salud Calificado (Mercado) (Qualified Health Plan, Marketplace)

COBRA

Otro Plan _____

Información de Tarjeta del Seguro

Nombre del Proveedor 1			Fecha de Inicio del Plan
Número de ID	Número de RxBin	Número de RXPCN	Número de RXGroup
Nombre del Proveedor 2			Fecha de Inicio del Plan
Número de ID	Número de RxBin	Número de RXPCN	Número de RXGroup

Personas en el Hogar	Pautas Federales sobre los Niveles de Pobreza 2017									
	Pautas de Pobreza de los 48 Estados Contiguos y D.C. (ANUAL)									
	100%	133%	138%	150%	200%	250%	300%	400%	450%	500%
1	\$12,060	\$15,804	\$16,644	\$18,090	\$24,120	\$30,150	\$36,180	\$48,240	\$54,270	\$60,300
2	\$16,240	\$21,600	\$22,416	\$24,360	\$32,480	\$40,600	\$48,720	\$64,960	\$73,080	\$81,200
3	\$20,420	\$27,156	\$28,188	\$30,630	\$40,840	\$51,050	\$61,260	\$81,680	\$91,890	\$102,100
4	\$24,600	\$32,724	\$33,948	\$36,900	\$49,200	\$61,500	\$73,800	\$98,400	\$110,700	\$123,000
5	\$28,780	\$38,280	\$39,720	\$43,170	\$57,560	\$71,950	\$86,340	\$115,120	\$129,510	\$143,900
6	\$32,960	\$43,836	\$45,492	\$49,440	\$65,920	\$82,400	\$98,880	\$131,840	\$148,320	\$164,800
7	\$37,140	\$49,404	\$51,252	\$55,710	\$74,280	\$92,850	\$111,420	\$148,560	\$167,130	\$185,700
8	\$41,320	\$54,960	\$57,024	\$61,980	\$82,640	\$103,300	\$123,960	\$165,280	\$185,940	\$206,600

Agregue \$4,180 por cada persona en un hogar de más de 8.

CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACION PARA QUE SE DE A CONOCER INFORMACION

Michigan Department of Health and Human Services
Michigan Drug Assistance Program (MIDAP)

Al firmar este consentimiento, autorizo al Michigan Department of Health and Human Services – Michigan Drug Assistance Program (MIDAP) a compartir, recibir, dar a conocer información relacionada con el cuidado y tratamiento de mi infección con el VIH con cualquier seguro médico o programa de seguro médico gubernamental, gerente del caso, médico, médico de enfermedades infecciosas, u otros individuos requeridos.

Entiendo que la información que brindé en esta solicitud será compartida con otras agencias gubernamentales, compañías de seguro médico y/o el gerente de beneficios de farmacia contratado con el propósito de verificar la precisión de la información provista y para determinar mi nivel de elegibilidad en el MIDAP y/u otros programas para los cuales pueda ser elegible.

Entiendo que si fui inscrito en un programa de seguro médico, en un programa de cobertura con prescripción o si califico para la asistencia médica a través de otros programas de beneficios médicos federales, estatales o del condado, debo inmediatamente notificar al MIDAP además de a mi gerente de caso, farmacéutico y médico.

Entiendo y acepto entregar información periódica relacionada con la continuación de mi elegibilidad para el MIDAP, incluyendo prueba de ingresos, prueba de residencia, cobertura del seguro médico, y actualizaciones generales sobre formularios provistos por el programa MIDAP. Entiendo que cualquier cambio en mi situación será evaluado a fin de determinar si continúo siendo elegible para el MIDAP.

Entiendo que es mi responsabilidad brindar una actualización médica y prueba de ingresos cada seis meses, a fin de reiterar mi elegibilidad para el MIDAP y recibir asistencia con mis medicaciones. Entiendo que si entrego una solicitud y se determina que está incompleta para cumplir con los requisitos de aprobación, no seré elegible para recibir asistencia hasta que todos los requisitos sean reunidos.

Entiendo que si cualquier información provista en esta solicitud cambia, entonces debo notificar al MIDAP de inmediato. Además, entiendo que no informar sobre cambios y/o que la entrega de información imprecisa afectará mi cobertura del MIDAP y mi elegibilidad para el programa.

Entiendo que al utilizar el MIDAP para recibir asistencia con medicaciones y al completar prescripciones y al utilizar mi tarjeta SGRX/MIDAP, leí todas las Políticas y Procedimientos del MIDAP y acepto cumplirlas.

Entiendo que el MIDAP no es un seguro y que no es válido fuera del estado de Michigan.

Certifico que toda la información que brindé en esta solicitud es verdadera y completa hasta donde es de mi conocimiento. Certifico que cumplí con los requisitos de elegibilidad, de acuerdo con lo especificado en las instrucciones del MIDAP y que seguí los pasos necesarios que me son requeridos para encontrarme apto para el MIDAP.

Esta solicitud, una vez completada, contiene información confidencial que deberá ser protegida por las leyes de confidencialidad federales y estatales aplicables.

Nombre Legal Completo en Imprenta (Primero, Segundo, Apellido)	Firma del Solicitante	Fecha
Firma del Padre/ Tutor Legal (si aplica)	Fecha	

Contacto(s) Alternativo: Autorizo al MIDAP y al Programa de Asistencia Premium (Premium Assistance Program) a hablarle a la siguiente persona(s) sobre mi solicitud (es decir: gerente del caso, asistente social, miembro familiar y amigo)

Nombre	Organización/ Relación	Dirección de Correo Electrónico	Número Telefónico

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, información genética, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad.