

ANEJO C

SOLICITUD DE ADMISION PARA ADAP

Asistencia en Medicamentos HIAP Pruebas Especializadas

Ex-confinado Pediátrico Embarazada Inmigrante/ Indocumentado Sin Medicamentos

INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA Y ASEGURAMIENTO MÉDICO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Apellidos</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Inicial</td> </tr> </table>	Apellidos	Nombre	Inicial				
	Apellidos	Nombre	Inicial					
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"> - - m /d /a Seguro Social Fecha Nacimiento </td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"> Domicilio: <input type="checkbox"/> No vive en PR <input type="checkbox"/> Vive en PR Indique hace cuanto tiempo vive en PR: _____ </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero / Transexual <input type="checkbox"/> Mujer-Hombre <input type="checkbox"/> Hombre-Mujer </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> Dirección Física: _____ _____ </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero / Divorciado / Viudo <input type="checkbox"/> Casado / Vive con pareja <input type="checkbox"/> Casado, viviendo separado </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ ¿Podemos dejar mensaje?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> Miembros del Hogar: _____ Adultos _____ Niños (menores 21 años) </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> Paciente Institucionalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Institución: _____ </td> </tr> </table>	- - m /d /a Seguro Social Fecha Nacimiento	Domicilio: <input type="checkbox"/> No vive en PR <input type="checkbox"/> Vive en PR Indique hace cuanto tiempo vive en PR: _____	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero / Transexual <input type="checkbox"/> Mujer-Hombre <input type="checkbox"/> Hombre-Mujer	Dirección Física: _____ _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero / Divorciado / Viudo <input type="checkbox"/> Casado / Vive con pareja <input type="checkbox"/> Casado, viviendo separado	Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ ¿Podemos dejar mensaje?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Miembros del Hogar: _____ Adultos _____ Niños (menores 21 años)
- - m /d /a Seguro Social Fecha Nacimiento	Domicilio: <input type="checkbox"/> No vive en PR <input type="checkbox"/> Vive en PR Indique hace cuanto tiempo vive en PR: _____							
Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero / Transexual <input type="checkbox"/> Mujer-Hombre <input type="checkbox"/> Hombre-Mujer	Dirección Física: _____ _____							
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero / Divorciado / Viudo <input type="checkbox"/> Casado / Vive con pareja <input type="checkbox"/> Casado, viviendo separado	Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ ¿Podemos dejar mensaje?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Miembros del Hogar: _____ Adultos _____ Niños (menores 21 años)	Paciente Institucionalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Institución: _____							
Seleccione la cubierta que posee el paciente; marque <u>TODAS</u> las que apliquen <input type="checkbox"/> No posee plan médico <input type="checkbox"/> Referido a través de ADAPEL <input type="checkbox"/> Plan de Salud del Gobierno de PR <input type="checkbox"/> Cubierta Especial de VIH <input type="checkbox"/> Evidencia de Trámite Cubierta Especial de VIH <input type="checkbox"/> Plan Médico Privado <input type="checkbox"/> Certificación de Cubierta (con detalles de la cubierta de farmacia y/o pruebas especializadas) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte A y B <input type="checkbox"/> Parte D <input type="checkbox"/> Advantage <input type="checkbox"/> Medicare Platino								

INFORMACIÓN CLÍNICA	Medicamentos Categoría I: <i>(Anti-retrovirales)</i>	
	1 _____	4 _____
	2 _____	5 _____
	3 _____	6 _____
	Medicamentos Categoría II:	Medicamentos Categoría III:
	1 _____	1 _____
2 _____	2 _____	
3 _____	3 _____	

Certifico que toda la información que he provisto en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que el Programa Ryan White Parte B / ADAP se reserva el derecho a limitar la admisión basada en la disponibilidad de fondos. Si deliberadamente ofrezco alguna información falsa en esta solicitud, se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa y el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) podría iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes.

Autorizo al personal del Programa Ryan White Parte B / ADAP a intercambiar y obtener información personal y médica con personas u organizaciones (Programa Medicaid, Centros de Servicios para Medicare y Medicaid, Aseguradoras Privadas, Centro Clínico, Laboratorio y Farmacia donde recibo los servicios, entre otras) necesarias para la certificación de elegibilidad y para recibir los servicios del Programa.

Firma del Solicitante o Representante

Fecha

Centro Clínico:

Expediente en Clínica:

Manejador de Caso Clínico:

Teléfono de MC:

La Ley Ryan White [Ryan White HIV/AIDS Treatment Extensión Act of 2009] fue aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en agosto del 1990 para subvencionar servicios de cuidado médico y de apoyo dirigidos a atender las necesidades no cubiertas de personas que viven con VIH. La legislación establece que los fondos son de emergencia, por lo que los programas subvencionados por esta ley sirven como el pagador de último recurso (payer of last resort), es decir, que proveen los servicios y medicamentos prescritos a personas con VIH/Sida cuando no están disponibles otras fuentes de fondos.

El Programa Ryan White Parte B / ADAP del Departamento de Salud de Puerto Rico es responsable de velar por la prestación de servicios de salud y apoyo a las personas que viven con VIH y a sus familiares. Además, coordina con otras agencias y organizaciones comunitarias la distribución de medicamentos para la condición del VIH a personas elegibles residentes en la isla.

El Programa de Asistencia en Medicamentos (ADAP) provee medicamentos aprobados por la FDA para tratar la condición del VIH a personas médico indigentes que no poseen cubierta de farmacia o que tienen una cubierta limitada de medicamentos, al igual que cubre los costos de pruebas especializadas para el VIH, no cubiertas por los planes de salud. ADAP además provee asistencia a personas con seguro médico privado, para cubrir los copagos, coaseguros y/o deducibles de los medicamentos antirretrovirales que le resulten inaccesibles por su condición económica. La Ley Ryan White establece que ADAP es un Programa *Outpatient*, por lo cual, los medicamentos provistos por ADAP son exclusivamente para participantes que reciben cuidado médico ambulatorio. Todo participante elegible que desee recibir los servicios subvencionados por el Programa no podrá estar recluido en instituciones donde se ofrezcan servicios hospitalarios (incluyendo hospitales psiquiátricos e instituciones penales).

Certificación del Solicitante

Certifico, en lo mejor de mi conocimiento y creencia, que soy elegible para recibir los servicios de ADAP y que todas las declaraciones hechas en esta solicitud, incluyendo mis datos personales e información no relacionada a mi salud, son verdaderas y correctas. Certifico que no soy elegible a ningún otro plan médico con cubierta para el servicio que estoy solicitando, además de aquellos que he declarado.

Reconozco que yo o mi representante designado debemos proporcionar toda la documentación de elegibilidad requerida para evidenciar el cumplimiento con los criterios de elegibilidad establecidos por el Programa. Toda solicitud incompleta será puesta en espera y no será evaluada hasta el recibo de la documentación requerida. De no recibirse la documentación de elegibilidad en un periodo máximo de 30 días calendario, la solicitud será descartada y deberá ser sometida nuevamente si deseo ser evaluado.

Entiendo que si la información que he brindado no es verdadera y correcta, puedo prevenir o retrasar una determinación de elegibilidad o puedo causar la terminación de mi elegibilidad en el Programa.

Me comprometo a notificar a ADAP de los cambios que afecten mi elegibilidad en un periodo máximo de 30 días. Estos cambios incluyen: cualquier cambio en el ingreso familiar, situación laboral, número de miembros en el hogar, cambio de dirección, estatus migratorio, disponibilidad de seguro médico o cubierta de medicamentos.

Entiendo que mi elegibilidad a ADAP será terminada si fallo en el recogido de la terapia aprobada en un periodo de seis (6) meses consecutivos.

Entiendo que ADAP cesará de proporcionar medicamentos cuando los fondos disponibles se agoten o terminen. ADAP no es un programa de derecho y no crea el derecho a la asistencia en ausencia de fondos disponibles.

Reconozco mi responsabilidad de cumplir con el procedimiento de recertificación de elegibilidad a los seis (6) meses y de someter cualquier documentación que me sea solicitada para estos fines.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** ____/____/____
Día Mes Año

Autorización Para Divulgar Información Protegida

Yo, _____ autorizo a _____ a divulgar
(Nombre del Asegurado) (Nombre de la Aseguradora / Plan Médico Privado)

al personal del Programa Ryan White Parte B / ADAP del Departamento de Salud de Puerto Rico (Héctor López de Victoria, Marta Rodríguez Llovet, Ivette Pastrana Roque, Rut Gautier Romero, Myrelli Hernández Feliciano, Melissa Marchany Marrero y Aileen Rios Hall) y a los oficiales designados de MC-21 (Mari Tere Ramos y Dayra Ocasio), la información protegida necesaria para la Coordinación de Beneficios de mi plan de farmacia con los servicios de medicamentos que recibo a través del Programa de Asistencia en Medicamentos (ADAP) y/o el programa de Asistencia en Copagos, Coaseguros y Deducibles (HIAP).

La descripción de la información a divulgarse es la siguiente: tipo de cubierta suscrita a través de mi plan, fecha de efectividad, fecha de terminación, beneficios cubiertos, limitaciones y exclusiones de cubierta, deducibles, copagos o coaseguros.

Número de Contrato: _____
Número de Grupo: _____ } Según aparecen en la tarjeta del plan médico

A menos que revoque esta autorización anticipadamente, la misma caducará en un (1) año a partir de la fecha de mi firma. Para revocar esta autorización, debo entregar una petición por escrito a: Programa Ryan White Parte B / ADAP, Departamento de Salud, P.O. Box 70184, San Juan, PR 00936. De solicitar una revocación, la misma no aplicará a la información ya revelada debido a la firma de esta autorización.

Firma del Asegurado: _____ **Fecha:** ____/____/____
Día Mes Año