



**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA
ADMINISTRACIÓN A CARGO DE VIH/SIDA, HEPATITIS, ETS Y TB**



Formulario de Autorratificación de la Recertificación
Programa de Asistencia para Obtener Medicamentos
para el SIDA (ADAP)
Programa de Asistencia de Seguro de Salud

899 North Capitol Street, NE
Washington, DC 20002
Teléfono: (202) 671-4900
Fax: (202) 673-4365

Formulario de Autorratificación de la Recertificación

Programa de Asistencia para Obtener Medicamentos para el SIDA (ADAP) y Programa de Asistencia de Seguro de Salud
La elegibilidad ininterrumpida para el programa Ryan White exige actualizar dicha elegibilidad cada seis meses. Por favor responda a todas las preguntas a continuación y proporcione los documentos necesarios para indicar los cambios en sus ingresos, el estado de su seguro o su residencia. Firme, coloque la fecha y envíe de regreso este formulario junto con cualquier documento necesario en un plazo de 14 días hábiles para asegurar el acceso ininterrumpido a los servicios del programa Ryan White. Nosotros le notificaremos si ha habido algún cambio en su elegibilidad. Por favor dirija cualquier pregunta al (202) 671-4900.

Nombre: _____		Fecha: _____
Número de Seguro Social: _____		Fecha de nacimiento: _____
Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Sí >>>>> <input type="checkbox"/> No		
Nueva dirección _____		
<i>Si se mudó, por favor incluya una copia de su licencia de conducir con su nueva dirección, una cuenta de servicios públicos, un contrato de alquiler u otra documentación que incluya su nueva dirección</i>		
Ingresos (incluya el ingreso del cónyuge legal o consuetudinario si está casado)		
<input type="checkbox"/> No tengo ingresos <input type="checkbox"/> Mis ingresos no han cambiado <input type="checkbox"/> Mis ingresos cambiaron		<i>Si su ingreso cambió desde su recertificación más reciente, por favor incluya la documentación pertinente de una declaración de impuestos, dos recibos de nómina consecutivos, una carta del Seguro Social o una declaración de apoyo.</i>
Situación del seguro		
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare, Parte D		<input type="checkbox"/> Plan de salud amparado por la ley ACA <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Ningún tipo de seguro
<i>Si lo cubre algún seguro, del tipo que sea, por favor incluya copias del frente y el reverso de su tarjeta de seguro.</i>		
Información sobre el VIH		
Conteo de CD4 más reciente _____		Fecha _____
Carga viral más reciente _____		Fecha _____
Nombre del médico: _____		Nº de licencia del Distrito de Columbia _____
Teléfono de la oficina: _____		Fax de la oficina _____
Firma del médico/asistente social: _____		Fecha: _____
<p>Yo afirmo, bajo pena de perjurio, que la información anterior y siguiente es verdadero, correcta y completa. Entiendo que los pagos provendrán de fondos federales, y que cualquier falsificación o encubrimiento de hechos relevantes puede dar pie a un encausamiento, de conformidad con las leyes estatales y federales. El programa de Administración de Medicamentos para el SIDA del Departamento de Salud del Distrito de Columbia puede solicitar información adicional acerca de cualquiera de los datos presentados como parte de este formulario y solicitud. El Programa de Asistencia para obtener Medicamentos para el SIDA del Distrito de Columbia (DC ADAP) buscará el reembolso en todos los casos de pago indebido o duplicado. El DC ADAP recuperará el aumento de todo pago hecho si se determina que el solicitante no satisface los requisitos para participar en este programa. Mediante la firma de este formulario, el solicitante afirma que él/ella reúne los requisitos para participar en el programa DC ADAP y que lo anterior es verdadero.</p>		
Firma: _____		Fecha: _____