

Iniciales del revisor: _____
 Fecha de aceptación de la solicitud completa: _____
 Tipo de solicitud: inscripción nueva / recertificación / recurrente

Iniciales de entrada de datos: _____
 Fecha de la determinación de la solicitud: _____
 Determinación de la solicitud: aprobada/ negada

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ACCESO A LA SALUD DE LUISIANA (LA HAP)

Por favor escriba claramente. Si usted necesita ayuda para completar esta solicitud, póngase en contacto con LA HAP al 504-568-7474. La solicitud puede ser enviada por correo a 1450 Poydras St., Suite 2136, New Orleans, LA 70112 o por fax al 504-568-3157. Recuerde de incluir todos los documentos requeridos.

Entrega de una solicitud incompleta o insuficiencia en entregar la documentación de ingresos requeridos causará que la solicitud se retrase y podría resultar en la negación de su solicitud. Si se aprueba, la legislación federal requiere que LA HAP revise la elegibilidad del cliente una vez al año.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL ASISTENTE

1. ¿Hay alguien que le esté ayudando a completar esta solicitud? ☐ Sí ☐ No. Diríjase a la SECCIÓN 2.	
2. Díganos si usted está recibiendo ayuda de una de estas personas: Marque todas las que correspondan	
☐ Administrador/a de casos relacionados con o trabajador/a social	☐ Personal de LA HAP
☐ Personal del hospital o clínica médica	☐ Amigo/a ☐ Familia ☐ Otros, especifique: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL

1. Nombre	2. Inicial del segundo nombre	3. Apellido y sufijo	4. Apellido de soltera (si corresponde)
5. ¿Dentro de los 12 últimos meses ha tenido un cambio de nombre? ☐ Sí ☐ No. Diríjase a la pregunta 7.		6. ¿Cuál era su nombre previo o antiguo? (nombre y apellido)	
7. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	8. Número de seguro social (SSN) ☐ No tengo número de seguro social (SSN)		
9. Idioma de preferencia (si no es el inglés)	10. ¿Está actualmente sin hogar? (todavía se requiere domicilio y dirección postal) ☐ Sí ☐ No		
11. Domicilio (donde usted duerme; no apartado postal) REQUERIDO			12. Apartamento/# de unidad
13. Ciudad	14. Estado	15. Código postal	
16. ¿Quiere Ud. que el correo y su tarjeta LA HAP sean enviados a su domicilio? ☐ Sí. Enviar el correo y la tarjeta a mi domicilio. Diríjase a la pregunta 22.		☐ No. NO envíe el correo ni mi tarjeta a mi domicilio. Llene la pregunta 17 con su dirección postal.	
17. Dirección postal (si es diferente a su domicilio; puede usar la dirección del proveedor) REQUERIDO			18. Apartamento/# de unidad
19. Ciudad	20. Estado	21. Código postal	
22. Teléfono principal ☐ Teléfono no principal (____)____-_____	¿Puede LA HAP contactarlo a este número? ¿Puede LA HAP dejarle un mensaje de voz a este número? ¿Puede LA HAP enviar mensajes de texto a este número?		☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No
23. Teléfono secundario ☐ Teléfono no secundario (____)____-_____	¿Puede LA HAP contactarlo a este número? ¿Puede LA HAP dejarle un mensaje de voz a este número? ¿Puede LA HAP enviar mensajes de texto a este número?		☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No
24. Correo electrónico (opcional)	¿Puede LA HAP contactarle a esta dirección? ¿Le gustaría recibir mensajes actualizados acerca de LA HAP a esta dirección?		☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No
25. ¿Tiene Ud. un/a amigo/a o alguien de su familia (contacto alternativo) que pueda hablar en su nombre acerca de su solicitud con LA HAP? ☐ Sí. Llene la preguntas 26-28 con la información de su contacto alternativo. ☐ No. Diríjase a la SECCIÓN 3.			
26. Nombre del contacto alternativo	27. Relación o parentesco con usted	28. Número de teléfono	

Nombre:	Apellido:
----------------	------------------

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero (masculino a femenino) ☐ Transgénero (femenino a masculino)
2. Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático. Llene la 2a abajo. ☐ Negro / afro-americano ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacífico. Llene la 2b abajo. ☐ Blanco o/ caucásico ☐ Otro 2a. Si usted respondió "asiático," ¿Cómo se identifica? Marque todos los que correspondan. ☐ Indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro asiático 2b. Si usted respondió "nativo de Hawái o isleño del pacífico," ¿Cómo se identifica? Marque todas las que correspondan. ☐ Nativo de Hawái ☐ Guameño o chamorro ☐ Samoano ☐ Otro isleño del pacífico
3. Etnia: ☐ Hispano o latino. Llene la 3a abajo. ☐ no-hispano 3a. Si usted respondió "hispano o latino," ¿Cómo se identifica? Marque todas las que correspondan ☐ Mexicano/a, mexicano/a-americano/a, o chicana/o ☐ Puertorriqueño/a ☐ Cubano/a ☐ Otro hispano/a, latina/o u origen español
4. Estado civil: (también puede seleccionar "en pareja" junto con "divorciado/a" o "viudo/a", si corresponde). ☐ Soltero/a: nunca se ha casado y no vive con novias, novios, parejas o personas significativas ☐ Casado/a y viviendo con su cónyuge: casado/a legalmente, cónyuge vive en la misma casa ☐ Casado/a y no vive con su cónyuge: casado/a legalmente, el cónyuge NO vive en la misma casa ☐ Divorciado/a: estaba legalmente casado/a pero ya no está legalmente casado/a ☐ En pareja: no está legalmente casado/a y vive con novias, novios, parejas o acompañantes ☐ Viudo/a: estaba legalmente casado/a pero el cónyuge ha fallecido y el cónyuge sobreviviente no se ha vuelto a casar legalmente

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL HOGAR

1. ¿Cuál es su estado civil al declarar los impuestos? ☐ Soltero/a ☐ Casado/a, declaración en conjunto ☐ Casado/a, declaración separada ☐ Cabeza de familia ☐ Alguien me reclama como dependiente en su declaración de impuestos. ¿Quién lo reclama como dependiente? _____ ☐ No declaro impuestos porque no estoy obligado y nadie me reclama como dependiente ☐ No declaro impuestos por otra razón y nadie me reclama como dependiente. Llene la 1a abajo. (<i>Esto no afectará su elegibilidad</i>) 1a. Si usted contestó "No declaro impuestos por otra razón", ¿cuál es la razón? (esto no afectará su elegibilidad)																		
2. Anote la relación y la edad de los miembros de su hogar, además de usted. Siga estas reglas para el hogar: Si declara impuestos, los miembros de su hogar son su cónyuge y cualquier persona que reclame como dependiente en su declaración de impuestos. Si NO declara impuestos, pero ALGUIEN LO RECLAMA como dependiente en la declaración de impuestos, los miembros de su hogar son su cónyuge, la persona o personas que lo reclaman como dependiente, su cónyuge y otros dependientes que ellos reclamen. Si NO declara impuestos y NADIE LO RECLAMÓ como dependiente en su declaración de impuestos, los miembros de su hogar son: su cónyuge y sus hijos naturales / legales / adoptados o hijastros que viven en la misma casa que usted, Y sus (si usted tiene 18 años o menos) padrastrós naturales / de adopción / y cualquier hermanastro 18 o menor natural / adoptado <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">¿Cuál es la relación o parentesco con usted?</th> <th style="width: 10%;">Edad</th> <th style="width: 30%;">¿Esta persona recibe ingresos?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td></td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td></td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td></td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td></td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td></td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> </tbody> </table>	¿Cuál es la relación o parentesco con usted?	Edad	¿Esta persona recibe ingresos?	a)		☐ Sí ☐ No	b)		☐ Sí ☐ No	c)		☐ Sí ☐ No	d)		☐ Sí ☐ No	e)		☐ Sí ☐ No
¿Cuál es la relación o parentesco con usted?	Edad	¿Esta persona recibe ingresos?																
a)		☐ Sí ☐ No																
b)		☐ Sí ☐ No																
c)		☐ Sí ☐ No																
d)		☐ Sí ☐ No																
e)		☐ Sí ☐ No																
3. ¿Hay algo más que quisiera decirnos sobre la situación de su hogar que podría ayudar a aclarar su solicitud (por ejemplo: ¿vive Ud. con uno de sus padres mientras el otro lo reclama en sus impuestos)?																		

Nombre:	Apellido:
----------------	------------------

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE EMPLEO	
1. Cuál es su estado de empleo actual? Marque sólo una casilla	
☐ Empleado – tiempo completo	☐ Empleado – medio tiempo
☐ Desempleado. Diríjase a la SECCIÓN 6.	☐ Jubilado. Diríjase a la SECCIÓN 6.
☐ Empleado – por temporada/provisional	
☐ Discapacitado por condiciones médicas para trabajar. Diríjase a la SECCIÓN 6.	
2. ¿Cuál es el nombre de su empleador? Si tiene más de un empleador, anótelos todos. (No nos pondremos en contacto con su empleador)	
3. ¿Con qué frecuencia le pagan? ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Otro, especifique: _____	

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE INGRESO DEL HOGAR			
Marque cada tipo de ingreso que usted y otros miembros de su hogar reciben y cualquier deducción declarada en su declaración de impuestos. DOCUMENTACIÓN DE CADA TIPO DE INGRESO RECIBIDO O DEDUCCIONES RECLAMADAS POR SU HOGAR DEBEN ESTAR ADJUNTOS A SU APLICACIÓN. Para obtener información sobre los tipos de documentación aceptables, visite www.lahap.org o llame a LA HAP			
Fuentes de ingreso	que yo recibo.	que alguien en mi hogar recibe.	¿Prueba adjunta a esta solicitud?
No hay ingresos/deducciones de ningún tipo (<i>documentación es sólo requerida para el solicitante</i>)	☐	☐	☐
Salario/sueldo/comisión/propina	☐	☐	☐
Ingreso de trabajo por cuenta propia	☐	☐	☐
Cualquier ingreso del extranjero	☐	☐	☐
Cualquier interés no exento de impuesto	☐	☐	☐
Beneficios de desempleo	☐	☐	☐
Pensiones	☐	☐	☐
Seguro Social (retiro/sobreviviente/discapacidad)	☐	☐	☐
Si recibe SSDI, indique la fecha de inicio: ____/____/____	☐	☐	☐
Cuentas de retiro	☐	☐	☐
Pensión conyugal recibidas	☐	☐	☐
Ingreso neto agrícola /pesca	☐	☐	☐
Ingreso neto de alquiler/regalías	☐	☐	☐
Ganancias de capital netas	☐	☐	☐
Becas/subvenciones	☐	☐	☐
Ingreso suplementario de seguridad, pensión alimenticia, pago de veteranos, o TANF/SNAP	☐	☐	No hay requisito
Otros ingresos (especifique el tipo)	☐	☐	☐
Otros ingresos (especifique el tipo)	☐	☐	☐
Deducciones: Interés pagado por préstamos estudiantiles	☐	☐	☐
Deducciones: pensión conyugal pagado	☐	☐	☐
Otras deducciones (especifique el tipo):	☐	☐	☐
Ingreso anual total del hogar (sólo para uso de empleados de LA HAP)			
2. ¿Hay algo más que le gustaría decirnos acerca del ingreso de su hogar que ayudaría con la aclaración de su solicitud? (Por ejemplo: su declaración de impuestos del año pasado no refleja el ingreso de este año.)			

Nombre:	Apellido:
----------------	------------------

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN PARA RECIBIR ASISTENCIA
1. ¿Tiene seguro? Marque todas las que correspondan. ☐ No. No tengo seguro y estoy pidiendo asistencia de LA HAP sólo para medicamentos. Diríjase a la SECCIÓN 14. ☐ Sí. Tengo Medicare Parte A, B, C, y/o D, y/o Medicare Suplementario. Llene la información en la SECCIÓN 8. ☐ Sí. Tengo una o más de una póliza de seguro de salud que no es la de Medicare (ej.: mercado de seguros médicos; seguro provisto por el lugar de empleo; COBRA). Llene la información en la SECCIÓN 10. ☐ Sí. Tengo seguro dental y/o de visión que no están incluidos en una póliza de seguro de salud o de Medicare. Llene la información en la SECCIÓN 12. <i>Si éste es el único seguro que tiene, automáticamente será considerado para recibir ayuda para medicamentos.</i>

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE MEDICARE
Usted puede entregar este formulario sin # de identificación / #de póliza y el # de grupo del usuario. Sin embargo, debe de entregar el # de identificación/el # de póliza y el # de grupo del usuario (si corresponde) dentro de los 2 meses de la fecha de inicio de la póliza para continuar la asistencia de seguro de LA HAP.

1. ¿Qué tipo de Medicare tiene? (Marque todas las que correspondan) ☐ Medicare Parte A y B ☐ Sólo Medicare Parte A (no Parte B) ☐ Sólo Medicare Parte B (no Parte A) ☐ Medicare Parte C (Advantage) ☐ Medicare Parte D ☐ Medicare Suplementario (Medigap)		
2. ¿Cuál es su subsidio de bajos ingresos (LIS) actual? ☐ Aprobado-actualmente reciben LIS. LA HAP puede ponerse en contacto con usted para proporcionar documentación si no podemos verificar su estatus de LIS con Medicare. ☐ Solicitado. Una copia del recibo de la solicitud de LIS con fecha del año actual debe estar adjunta. ☐ Negado. Una copia de la carta de negación con fecha dentro de los últimos 12 meses debe estar adjunta.		
3. Si usted tiene MEDICARE PARTE B, ¿qué tipo de asistencia solicita de LA HAP? ☐ Primas de salud. Llene la información en la SECCIÓN 9. ☐ Copagos y deducibles de salud ☐ No se solicita asistencia		
4. Número con la letra de Medicare Parte A y B (en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)	5. Medicare Parte B Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)	
6. Si usted tiene MEDICARE PARTE C, ¿qué tipo de asistencia solicita de LA HAP? ☐ Primas de salud. Llene la información en la SECCIÓN 9. ☐ Primas dentales. Llene la información en la SECCIÓN 9. ☐ Copagos y deducibles de salud ☐ Copagos y deducibles dentales ☐ Copagos y deducibles de medicamentos ☐ Copagos y deducibles de visión ☐ No se solicita asistencia		
7. Nombre de la compañía y del plan de Medicare Parte C		
8. # de identificación/póliza del usuario de Medicare Parte C	9. # de grupo de Medicare Parte C	
10. Fecha de inicio de Medicare Parte C (MM/DD/AAAA)	11. ¿Su plan de Medicare Parte C provee cobertura de medicamentos? ☐ Sí. Diríjase al número 17. ☐ No	
12. Si usted tiene MEDICARE PARTE D, ¿qué tipo de asistencia solicita de LA HAP? ☐ Primas de medicamentos. Llene la información en la SECCIÓN 9. ☐ Copagos y deducibles de medicamentos ☐ No se solicita asistencia		
13. Compañía y nombre del plan de Medicare Parte D		
14. # de identificación/póliza del usuario de Medicare D	15. # de grupo de Medicare Parte D	16. Fecha de inicio de Medicare Parte D (MM/DD/AAAA)
17. Si usted tiene un MEDICARE SUPLEMENTARIO, ¿qué tipo de asistencia solicita de LA HAP? ☐ Primas de salud. Llene la información en la SECCIÓN 9. ☐ Copagos y deducibles de medicamentos ☐ No se solicita asistencia		
18. Nombre de la compañía y del Medicare suplementario		
19. # de identificación/póliza del Medicare suplementario del usuario	20. # del grupo de Medicare suplementario	21. Fecha de inicio del Medicare suplementario (MM/DD/AAAA)

Nombre:		Apellido:	
SECCIÓN 9: INFORMACIÓN DE LA PRIMA DEL SEGURO MÉDICO MEDICARE ☐ No corresponde; no requiere asistencia de primas			
DOCUMENTO(S) NECESARIO(S): Si está solicitando asistencia para cubrir los costos de la prima de su póliza y (a) usted es un nuevo cliente de LA HAP de Luisiana o (b) ya es un cliente de LA HAP de Luisiana y este es un nuevo plan/la primera vez que está pidiendo asistencia de prima, necesita incluir la factura de prima o una libreta de cupones. Si usted recibe cualquier reembolso o dinero del IRS, su compañía de seguro médico o de otra fuente debido al exceso de pago de su prima, usted <u>debe</u> devolver ese reembolso o dinero a LA HAP de Luisiana			
1. Nombre de la compañía de seguro de MEDICARE PARTE B g del administrador externo (¿A quién se le gira el cheque?)			
2. Dirección de la compañía de seguro de MEDICARE PARTE B g del administrador externo (¿Dónde debe ser enviado el cheque?)			
3. Ciudad		4. Estado	
5. Código postal			
6. ¿Cuál es el monto de su porción de la prima para Parte B? \$ _____		7. ¿Con qué frecuencia se paga la prima de Parte B? ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral (cada 3 meses) (dos veces al año)	
8. Fecha de vencimiento del próximo pago (MM/DD/AAAA)		9. Fecha de vencimiento del pago regular ☐ 1° ☐ 15° ☐ Otro: _____	
10. ¿Tiene Ud. pagos de primas adeudados? ☐ Sí. Saludos adeudados deben ser pagados antes de que LA HAP de Luisiana pueda ayudar con pagos de prima de seguro. ☐ No			
11. Nombre de la compañía de seguro de MEDICARE PARTE C g del administrador externo (¿A quién se le gira el cheque?)			
12. Dirección de la compañía de seguro de MEDICARE PARTE C g del administrador externo (¿A dónde debe ser enviado el cheque?)			
13. Ciudad		14. Estado	
15. Código postal			
16. ¿Cuál es el monto de su porción de la prima para Parte C? \$ _____		17. ¿Con qué frecuencia se paga la prima de Parte C? ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral (cada 3 meses) (dos veces al año)	
18. Fecha de vencimiento del próximo pago (MM/DD/AAAA)		19. Fecha de vencimiento del pago regular ☐ 1° ☐ 15° ☐ Otro: _____	
20. ¿Tiene Ud. pagos de primas adeudados? ☐ Sí. Saludos adeudados deben ser pagados antes de que LA HAP de Luisiana pueda ayudar con pagos de prima de seguro. ☐ No			
21. Nombre de la compañía de seguro de MEDICARE PARTE D g del administrador externo (¿A quién se le gira el cheque?)			
22. Dirección de la compañía de seguro de MEDICARE PARTE D g del administrador externo (¿Dónde debe ser enviado el cheque?)			
23. Ciudad		24. Estado	
25. Código postal			
26. ¿Cuál es el monto de su porción de la prima para Parte D? \$ _____		27. ¿Con qué frecuencia paga la prima de Parte D? ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral (cada 3 meses) (dos veces al año)	
28. Fecha de vencimiento del próximo pago (MM/DD/AAAA)		29. Fecha de vencimiento del pago regular ☐ 1° ☐ 15° ☐ Otro: _____	
30. ¿Usted tiene pagos de primas adeudados? ☐ Sí. Saludos adeudados deben ser pagados antes de que LA HAP de Luisiana pueda ayudar con pagos de prima de seguro. ☐ No			
31. Nombre de la compañía de seguro de MEDICARE SUPLEMENTARIO g del administrador externo (¿A quién se le gira el cheque?)			
32. Dirección de la compañía de seguro de MEDICARE SUPLEMENTARIO g del administrador externo (¿Dónde debe ser enviado el cheque?)			
33. Ciudad		34. Estado	
35. Código postal			
36. ¿Cuánto es el monto de su porción de la prima para el Medicare suplementario? \$ _____		37. ¿Con qué frecuencia paga la prima para el Medicare Suplementario ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral (cada 3 meses) (dos veces al año)	
38. Fecha de vencimiento del próximo pago (MM/DD/AAAA)		39. Fecha de vencimiento regular del pago ☐ 1° ☐ 15° ☐ Otro: _____	
40. ¿Tiene Ud. pagos de primas adeudados? ☐ Sí. Saludos adeudados deben ser pagados antes de que LA HAP de Luisiana pueda ayudar con pagos de prima de seguro. ☐ No			

Nombre:	Apellido
SECCIÓN 10: INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE MEDICARE Usted puede entregar este formulario sin # de identificación / #de póliza y el # de grupo del usuario. Sin embargo, debe entregar el # de identificación/el # de póliza y el # de grupo del usuario (si corresponde) dentro de los 2 meses de la fecha de inicio de la póliza para continuar la asistencia de seguro de LA HAP.	
1. ¿Qué tipo de póliza de SEGURO MÉDICO NO MEDICARE tiene? ☐ Mercado de seguro médico ☐ Salud de grupo de jubilados ☐ Individual (No tengo mercado de seguro médico) ☐ Otra cobertura pública (Ejemplo: Veteranos/TRICARE) ☐ Financiado por empleador/grupo ☐ Otro, especifique: _____ ☐ COBRA	
2. ¿Qué tipo de asistencia está solicitando de LA HAP de Luisiana para esta póliza de salud? Marque todas las que correspondan ☐ Primas de salud. Llene la información en SECCIÓN 11. ☐ Ninguna asistencia solicitada ☐ Copagos y deducibles de salud ☐ Copagos y deducibles de medicamentos	
3. Nombre de la compañía y del plan de seguro médico (Ejemplo: Blue Cross Blue Shield Blue Max 100/80 \$1800)	
4. # de identificación /de la póliza medica del usuario (no llene, todavía no se lo han asignado)	5. # de grupo médico (si corresponde; no llene, todavía no se lo han asignado)
6. Fecha de inicio de la póliza médica (MM/DD/AAAA)	7. Fecha de vencimiento de la póliza de COBRA (MM/DD/AAAA) Necesario solamente para COBRA
8. ¿Produce su seguro médico cobertura de medicamentos recetados? ☐ Sí ☐ No	
9. ¿Tiene otra póliza de seguro médico (que no sea dental ni de visión) para cuál está solicitando asistencia? ☐ Sí. Adjunte otra copia de esta página a su solicitud llenada con su información de su póliza secundaria. ☐ No	

SECCIÓN 11: INFORMACIÓN DE LA PRIMA DEL SEGURO MÉDICO NO MEDICARE ☐ No corresponde; no requiere asistencia de primas		
DOCUMENTO(S) NECESARIO(S): Si está solicitando asistencia para cubrir los costos de la prima de su póliza y (a) usted es un nuevo cliente de LA HAP de Luisiana o (b) ya es un cliente de LA HAP de Luisiana y este es un nuevo plan/la primera vez que está pidiendo asistencia de prima, necesita incluir la factura de prima o una libreta de cupones. Si usted recibe cualquier reembolso o dinero del IRS, su compañía de seguro médico o de otra fuente debido al exceso de pago de su prima, usted <u>debe</u> devolver ese reembolso o dinero a LA HAP de Luisiana		
1. Nombre de la compañía, empleador de SEGURO MÉDICO PRIMARIO <u>o</u> del administrador externo (¿A quién se le gira el cheque?)		
2. Dirección de la compañía, empleador de SEGURO MÉDICO PRIMARIO <u>o</u> del administrador externo (¿Dónde debe ser enviado el cheque?)		
3. Ciudad	4. Estado	5. Código postal
6. ¿Cuánto es el monto de su porción de la prima para el seguro médico primario? \$ _____	7. ¿Con qué frecuencia paga la prima del seguro médico primario? ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral	
8. Fecha de vencimiento del próximo pago (DD/MM/AAAA)	9. Fecha de vencimiento regular del pago ☐ 1° ☐ 15° ☐ Otro: _____	
10. ¿Tiene cualquier pago de prima que están adeudados? ☐ Sí. Saldo adeudados deben ser pagados antes de que LA HAP de Luisiana pueda ayudar con pagos de prima de seguro. ☐ No		

Nombre:	Apellido:
----------------	------------------

SECCIÓN 12: INFORMACIÓN SOBRE LAS PÓLIZAS DEL SEGURO DENTAL Y DE VISIÓN Si la compañía de seguros requiere el pago de la prima antes de que la póliza sea vigente, usted puede presentar este formulario sin incluir el # de identificación /el # de la póliza y el # del grupo del usuario (preguntas 5 y 6 abajo) para permitir el pago de la prima inicial. Sin embargo, tiene dos meses desde el comienzo de la póliza para presentarle a LA HAP el # de identificación/el # de		
1. ¿Qué tipo de póliza de SEGURO DENTAL tiene usted? ☐ SÓLO dental ☐ dental y visión combinados		
2. ¿Qué tipo de asistencia solicita usted de LA HAP para la póliza del SEGURO DENTAL ? Marque todas las que correspondan ☐ Primas dentales. Llene la información de la SECCIÓN 13. ☐ Copagos y deducibles del seguro dental ☐ No se solicita asistencia ☐ Primas de la visión (incluidos en el monto de la prima dental) ☐ Copagos y deducibles del seguro de la visión		
3. Nombre de compañía de seguro dental y del plan (Ejemplo: AlwaysCare ONEplus Preferred + Vision)		
4. # de identificación/póliza dental del usuario	5. # de identificación del grupo dental (si corresponde)	6. Día de inicio de la póliza dental (MM/DD/AAAA)
7. ¿Tiene Ud. cobertura de un seguro de visión independiente que no esté incluida en una póliza de salud y/o dental? ☐ Sí ☐ No. Diríjase a la SECCIÓN 13.		
8. ¿Qué tipo de asistencia solicita de la LA HAP para la póliza del SEGURO DE VISIÓN ? Marque todas las que correspondan ☐ Primas de visión. Llene la información en la SECCIÓN 13. ☐ Copagos y deducibles del seguro de la visión		
9. Nombre de la compañía de seguro de visión y del plan (Ejemplo: HumanaVision Vision Care Plan)		
10. # de identificación/póliza de visión del usuario	11. # de identificación del grupo de visión (si corresponde)	12. Día de inicio de la póliza de visión (MM/DD/AAAA)

SECCIÓN 13: INFORMACIÓN SOBRE PRIMAS DEL SEGURO DENTAL Y DE VISIÓN ☐ No corresponde; no requiere asistencia de primas DOCUMENTO(S) NECESARIO(S): Si está solicitando asistencia para cubrir los costos de la prima de su póliza y (a) usted es un nuevo cliente de LA HAP de Luisiana o (b) ya es un cliente de LA HAP de Luisiana y este es un nuevo plan/la primera vez que está pidiendo asistencia de prima, necesita incluir la factura de prima o una libreta de cupones. Si usted recibe cualquier reembolso o dinero del IRS, su compañía de seguro médico o de otra fuente debido al exceso de pago de su prima, usted DEBE devolver ese reembolso o dinero a LA HAP de Luisiana.		
1. Nombre de la compañía, empleador del SEGURO DENTAL <u>o</u> del administrador externo (¿A quién se le gira el cheque de la prima?)		
2. Dirección de la compañía, empleador del SEGURO DENTAL <u>o</u> del administrador externo (¿Dónde debe ser enviado el cheque?)		
3. Ciudad	4. Estado	5. Código postal
6. ¿Cuánto es el monto de su porción de la prima dental? \$ _____	7. ¿Con qué frecuencia paga la prima? ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral	
8. Próxima fecha de pago (MM/DD/AAAA)	9. Día de pago general ☐ 1º ☐ 15 ☐ Otro: _____	
10. ¿Usted tiene pagos de primas adeudados? ☐ Sí. Saldo adeudado deben ser pagados antes de que LA HAP de Luisiana pueda ayudar con pagos de prima de seguro. ☐ No		
11. Nombre de la compañía, empleador del SEGURO DE VISIÓN <u>o</u> del administrador externo (¿A quién se le gira el cheque de la prima?)		
12. Dirección de la compañía, empleador, <u>o</u> del administrador externo del seguro de visión (¿Dónde debe ser enviado el cheque?)		
13. Ciudad	14. Estado	15. Código postal
16. ¿Cuánto es el monto de su porción de la prima de visión? \$ _____	17. ¿Con qué frecuencia paga la prima? ☐ 1º ☐ 15º ☐ Otro: _____	
18. Próxima fecha de pago (MM/DD/AAAA)	19. Día de pago general ☐ 1º ☐ 15º ☐ Otro: _____	
20. ¿Tiene pagos de primas adeudadas? ☐ Sí. Saldo adeudado deben ser pagados antes de que LA HAP de Luisiana pueda ayudar con pagos de prima de seguro. ☐ No		

Nombre:	Apellido:
----------------	------------------

SECCIÓN 14: DIAGNÓSTICO E INFORMACIÓN MÉDICA	
1) Mi elegibilidad para recibir LA HAP se ha vencido y/o se vencerá y mis medicamentos se acaban en los próximos 4 días.	☐ No ☐ Sí. Complete la línea 1a abajo.
1a) <i>De ser así:</i> indique la fecha de su última receta médica: _____	
2) He sido diagnosticado/a recientemente con VIH, o acabo de reiniciar tratamiento para el cuidado de VIH.	☐ No ☐ Sí. Complete la línea 2a abajo.
2a) <i>De ser así:</i> indique la fecha de su diagnóstico de VIH: _____	

SECCIÓN 15: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR		
1. ¿Tiene Ud. uno o más de un proveedor o administrador de casos que usted desea que tenga acceso a su expediente de LA HAP? ☐ Sí ☐ No		
2. Proveedor 1 nombre y apellido	3. Proveedor 1 nombre de entidad o de la agencia	4. Proveedor 1 número de teléfono y extensión
5. Proveedor 2 nombre y apellido	6. Proveedor 2 nombre de entidad o de la agencia	7. Proveedor 2 número de teléfono y extensión

SECCIÓN 16: COMENTARIOS ADICIONALES	
Si usted tiene comentarios adicionales que nos ayuden en la evaluación de esta solicitud, por favor escríbalos aquí.	

SECCIÓN 17: LISTA DE SOLICITUD	Al completar esta solicitud, usted...
☐ ¿ha incluido el comprobante de ingresos actuales de todas las personas de su hogar mayor de 18 años?	☐ ¿ha incluido una copia de la declaración o factura de la prima de su seguro, si corresponde?
☐ ¿ha incluido prueba de residencia en Lusiana?	
☐ ¿ha incluido el comprobante de su solicitud o estatus para LIS, si corresponde?	☐ ¿ha firmado y fechado la solicitud?

SECCIÓN 18: RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE Y DIVULGACIÓN DE CONSENTIMIENTO	
Al firmar abajo, confirmo que entiendo lo siguiente: - Si doy información que sé que es falsa, suspenderán o retirarán mis servicios de LA HAP. - Es mi responsabilidad de enviar una solicitud para la recertificación de LA HAP cada doce meses. - Es mi responsabilidad de avisar a LA HAP si cambia mi dirección o teléfono, o si cambia mi estatus de seguro. - Si no envío los documentos solicitados, es posible que no sea aprobado para LA HAP. - LA HAP sólo puede proveer servicios si mi inscripción es válida y está vigente y si el programa tiene fondos disponibles. - Recibir la aprobación de LA HAP no cambia la dirección que tiene mi compañía de seguros en mi archivo. Tengo entendido que, si mi dirección o teléfono cambian, necesito informarles a LA HAP y a mi compañía de seguros. - Mi compañía de seguro y otros continuarán a enviarme correo con información sobre mi seguro que incluye facturas, información sobre la prima y mis beneficios, y no a LA HAP. Es mi responsabilidad mandarle esta información a LA HAP si está relacionada con mis servicios de LA HAP. - La información de mi solicitud formará parte de una base electrónica de datos a la que pueden acceder los empleados de otras agencias donde recibo los servicios Ryan White. - Si es necesario, consiento que LA HAP reciba, revise, y/o comparta mi información demográfica, médica, de medicamentos, y/o información de mi seguro para que me ayude a recibir mis medicamentos, atención médica, y/o pagos de la prima. - Mi información se puede compartir con, y no se limita a, las siguientes entidades: médico, empleados del Departamento de Salud, empleados del centro de tratamiento, empleados de la farmacia, clínica, corredor de seguro, compañía de seguro, Medicare, Medicaid, CCIIO, CMS, SSA, SSDI, y otras agencias de Luisiana donde recibo los servicios Ryan White. - El dinero Ryan White (que incluye la asistencia LA HAP) solamente se debe gastar si no hay otras fuentes de pago disponibles. Debo hacer una solicitud para recibir otros tipos de ayuda si reúno las condiciones para Medicaid, Medicare, el seguro Extra Help, y seguridad social. - En caso de que mi compañía de seguro, el IRS o un tercer pagador me reembolse dinero que LA HAP ha pagado tal como un sobrepago de un crédito de impuestos, este dinero se debe entregar a LA HAP inmediatamente ya que este dinero le pertenece a LA HAP. Si no lo devuelvo, puedo perder mis beneficios con LA HAP.	
Este consentimiento tiene vigencia siempre y cuando yo/mi dependiente nos mantengamos inscritos para recibir servicios de LA HAP.	
He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las Responsabilidades del Cliente y la Divulgación de Consentimiento delineadas arriba. Constato que toda la información en esta solicitud es completa y exacta a mi leal saber y entender.	
Firma del solicitante o, si es menor de edad, del padre/representante legal SOLAMENTE	Fecha de la firma
ESCRIBA nombre y apellido del solicitante o, si es menor de edad, del padre/representante SOLAMENTE	Parentesco con el solicitante (si corresponde)

