



## PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PROFILACIS PRE-EXPOSICION DE LA OFICINA DEL SIDA (PrEP-AP)

### SOLICITUD DEL PERIODOD DE ACCESO TEMPORAL (TAP)

#### INSTRUCCIONES

Este formulario es para solicitar un Periodo de Acceso Temporal (TAP, por sus siglas en ingles) para los solicitantes nuevos de PrEP-AP o clientes existentes de PrEP-AP que no pueden proporcionar la documentación para comprobar la elegibilidad de PrEP-AP. **Un TAP aprobado concede al solicitante 30 días de elegibilidad temporal de PrEP-AP para obtener y presentar la documentación requerida a un trabajador de inscripción certificado de PrEP-AP.** Todas las secciones de este formulario deben completarse y el formulario completado debe ser adjuntado a la solicitud electrónica del solicitante dentro del Sistema de inscripción ADAP (AES).

#### INFORMACION DEL SOLICITANTE (Todas las áreas son obligatorias a menos que se indique lo

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del cliente (opcional): \_\_\_\_\_

#### INFORMACION FALTANTE

**Seleccione todo lo que aplique:**

Comprobante de identificación— Yo le proporcionare a mi trabajador de inscripción de PrEP-AP con mi identificación. Si un menor no puede proporcionar una identificación, el formulario de Solicitud de Servicio puede ser utilizado para establecer su identidad y su estado como menor.

Comprobante de Residencia de California — Yo le proporcionare a mi trabajador de inscripción de PrEP-AP con una prueba de que soy un residente de California.

Prueba de Estado VIH Negativo— Yo califico para PrEP-AP debido a mi estado VIH negativo. Yo le proporcionare a mi trabajador de inscripción con una copia de la solicitud del Programa de Asistencia al Paciente de Gilead (PAP por sus siglas en inglés) firmado por un proveedor autorizado en la red de proveedores de PrEP-AP (requerido solo para clientes sin seguro), o para clientes no asegurados, una carta de mi médico, o resultados negativos de una prueba de VIH fechada dentro de seis meses.

Comprobante de Ingresos—Yo le proporcionare a mi trabajador de inscripción de PrEP-AP con prueba de los ingresos de mi hogar.

Comprobante que solicito para Medi-Cal y/o comprobante de la determinación de Medi-Cal— Yo solicitare Medi-Cal, o yo solicite Medical pero mi determinación está pendiente. Yo le proporcionare a mi trabajador de inscripción con una prueba de que solicite Medi-Cal y/o la documentación que muestra mi determinación de elegibilidad de Medi-Cal.

*NOTA: Los clientes menores solo necesitan proporcionar comprobante de identificación y estado VIH negativo. Los clientes que tienen preocupaciones de confidencialidad solo necesitan proporcionar comprobante de identificación, estado VIH negativo, y residencia en California.*

## CERTIFICACION

Solicitante complete esta sección:

Yo certifico que la información provista es fáctica, precisa, y completa. Entiendo que la asistencia del programa terminara si este medicamento ya no es recetado para mí. Entiendo que tengo un periodo de acceso temporal de 30 días en el cual obtendré y presentare la documentación necesaria indicada anteriormente para justificar que califico para PrEP-AP, y que mi elegibilidad de PrEP-AP no se extenderá más allá de 30 días si no puedo obtener y presentar la documentación requerida antes de que expire el Periodo de Acceso Temporal. También entiendo que PrEP-AP puede solicitar que proporcione documentación adicional si la documentación que presente parece ser inconsistente, incorrecta, o insuficiente. Acepto notificar de inmediato a PrEP-AP de cualquier cambio en mi información de elegibilidad, incluyendo cambios en mi residencia, ingresos, y/o cobertura de salud. Entiendo que la falta de proporcionar información precisa u omisión deliberada de información puede resultar en suspensión o terminación de los servicios de PrEP-AP y puedo ser considerado financieramente responsable por cualquier servicio adquirido.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ADAP-Agente Designado Aprobado (si corresponde): \_\_\_\_\_  
(Imprimir nombre completo) (Firma)

Trabajador de inscripción complete esta sección si inscribe a un cliente por teléfono:

Al firmar a continuación, certifico que evalué la elegibilidad del cliente por teléfono y estoy colocando al cliente en un TAP.

Nombre del trabajador de inscripción: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de identificación del trabajador de inscripción: \_\_\_\_\_

Firma del trabajador de inscripción: \_\_\_\_\_