



Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA Programa de pago de prima de seguro de salud Acuerdo de pago parcial

Se requiere la siguiente información para los solicitantes cuyas primas de seguro de salud excedan los límites de pago del programa.

I. Información de solicitante

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____

Número de identificación del cliente (si es aplicable) _____

Dirección residencial (Número, nombre de la calle, número del apartamento)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Número telefónico residencial _____ Número telefónico alternativo _____

II. Información actual del plan de seguro

(debe añadir una copia de su tarjeta de identificación de miembro y la facturación de prima)

Nombre del beneficiario _____ Nombre del contacto del beneficiario _____

Domicilio del beneficiario (número, calle, o P.O. Box) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número telefónico del beneficiario _____

Número de identificación fiscal federal del beneficiario _____

Identificación de miembro/número de póliza _____

Fecha de Vigencia _____

Cantidad mensual de prima _____

Límite máximo mensual del programa **\$1938.00**

Cantidad mensual debida _____

III. Certificación

Entiendo que soy un solicitante con una prima de seguro de salud mensual que excede el límite del programa OA-HIPP y que soy financieramente responsable de pagar la diferencia entre el monto de la prima mensual y el umbral del programa.

Entiendo que antes de enviar el pago, debo enviar una copia de este formulario a CDPH vía fax a (844) 421-8008.

Entiendo que puede hacer el pago usando alguno de los próximos métodos;

- Mande un cheque de cajero, giro postal o cheque personal (el cliente será responsable por cualquier honorario asociado con fondos insuficientes al enviar un cheque personal), pagadero a **Pool Administrators, Inc./CDPH**, a Pool Administradores, Inc. (PAI) en la siguiente dirección: 628 Hebron Avenue, Suite 502, Glastonbury, CT 06033.
- Envíe el pago electrónicamente usando PayPal:
 1. Cree una cuenta en www.paypal.com.
 2. Seleccione **"Money"**
 3. Seleccione **"Send or request Money"**
 4. Seleccione **"Pay for Goods or Services"**
 5. Ingrese **CDPH_CA_PAY@pooladmin.com** y seleccione **"Next"**
 6. Seleccione su método de pago e introduzca la cantidad de pago parcial
 7. Verifique la dirección de envío: **628 Hebron Ave., Suite 502, Glastonbury, CT 06033**
 8. Seleccione **"Send Payment Now"**

Por favor comuníquese con PAI al (877) 495-0990 si necesita ayuda adicional para enviar un pago electrónico usando PayPal

Entiendo que mi parte es la diferencia entre el monto de la prima mensual y el umbral del programa. **Enviaré pagos subsecuentes cada mes y entiendo que los pagos serán debidos el 1 de cada mes.** En el caso de que la cantidad prima aumente, notificaré a PAI y enviaré un nuevo formulario de declaración de facturación y acuerdo de pago parcial que refleje la nueva cantidad de prima.

Entiendo que PAI no hará un pago de prima de seguro en mi nombre hasta que mi porción de la prima sea recibida. Entiendo que seré rescindido del programa OA-HIPP y ya no seré elegible para recibir servicios de OA-HIPP si no pago la parte de la prima de la que soy responsable.

Al firmar este formulario, por la presente certifico que la información anterior es objetiva, exacta y completa. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a ADAP de cualquier cambio en mi prima de seguro. Entiendo que la falta de proporcionar información exacta u omitir deliberadamente la información puede resultar en la suspensión o terminación de los servicios y yo puedo ser responsable financieramente de cualquier servicio obtenido.

Términos de acuerdo

1. La porción del cliente será enviada a PAI a más tardar el primero de cada mes.
2. Se enviará un pago por mes a PAI (sin pagos trimestrales o anuales).
3. Los pagos serán al nombre de PAI.
4. PAI será notificado de ajustes a la cantidad de la prima.

Firma del solicitante _____ Fecha _____