



Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA

Programas de Asistencia de Seguros 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 (opcional) _____

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 plan de salud _____ Fecha de vigencia del plan de salud¹ _____

Cantidad de la prima mensual del plan de salud _____

Límite máximo mensual del programa _____ **\$2996.00**

Cantidad mensual debida del cliente² _____

III. Certificación

Tenga en cuenta que la información en este formulario está siendo colectada para determinar la elegibilidad para los beneficios según la Ley Ryan White de Extensión del Tratamiento del VIH/SIDA de 2009 (Ley Pública 111-87) y es requerida por la Oficina del SIDA (OA), del Departamento de Salud Pública de California (CDPH). La información puede ser usada para determinar la elegibilidad para recibir asistencia de seguro. No proporcionar la información obligatoria puede dar lugar a que la solicitud no se procese. Usted tiene derecho a revisar la información mantenida por CDPH a menos que el acceso este exento por ley. Para acceder a la información, comuníquese con el CDPH, el programa OA-HIPP, MS 7704, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426, o por teléfono al (844) 421-7050. Entiendo que soy un solicitante con una prima mensual de seguro de salud que excede el límite del Programa de Asistencia para el Pago de Primas de Seguro y que soy financieramente

¹ La fecha de vigencia del plan de salud es la fecha en que comienza su cobertura de salud para usted.

² La porción mensual del cliente será la diferencia entre el monto total de la prima de seguro mensual y el umbral mensual del programa de \$2,996.00.



responsable de pagar la diferencia entre el monto de la prima mensual y el umbral del programa.

IV. Enviando el pago

Entiendo que antes de enviar el pago, debo enviar una copia del Acuerdo de Pago Parcial a CDPH vía fax a (844) 421-8008 o enviar el Acuerdo de Pago Parcial a mi trabajador de inscripción de ADAP, quien lo subirá en el sistema de inscripción de ADAP para su procesamiento.

Entiendo que los afiliados deben pagar sus primas mensuales de seguro hasta que se haya confirmado que su solicitud ha sido aprobada y el pago se ha enviado al plan de salud.

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.

Los pagos serán debidos el día 1 de cada mes. Entiendo que mi parte es la diferencia entre el monto de la prima mensual y el umbral del programa. **Entiendo que PAI no realizará el pago de la prima del seguro en mi nombre hasta que mi parte de la prima se procese y se actualice en mi cuenta.**

Si mi prima mensual de seguro aumente, debo notificar a ADAP y enviaré un nuevo formulario de declaración de facturación y acuerdo de pago parcial que refleje la nueva cantidad de prima.

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.

Firma del solicitante _____ Fecha _____