



Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) Formulario para solicitar un periodo de acceso temporal (TAP)

INSTRUCCIONES

Este formulario es utilizado para solicitar un periodo de acceso temporal (TAP, por sus siglas en inglés) para nuevos solicitantes o clientes actuales del programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) que no pueden proporcionar documentación para corroborar elegibilidad para ADAP. Un TAP aprobado le garantiza al solicitante treinta días de elegibilidad temporal de ADAP para obtener y entregar la documentación requerida a un trabajador certificado de inscripciones de ADAP. Todas las secciones de este formulario deben ser completadas y el formulario completo debe ser adjuntado a la aplicación electrónica del solicitante dentro del sistema de inscripciones de ADAP (AES, por sus siglas en inglés).

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de ID del Cliente: _____

INFORMACIÓN AUSENTE

Seleccione todas las opciones que aplicables:

Comprobante de Identificación: Entregare mi identificación fotográfica a mi trabajador de inscripciones

Comprabente de que resido en California: Le entregare pruebas a mi trabajador de inscripciones que comprueben soy un residente de California

Prueba de diagnóstico: proporcioné un resultado positivo de prueba rápida de VIH y proporcionaré el resultado de laboratorio positivo de VIH.

Documentación de laboratorio: Yo le proporcionare los valores de laboratorio que incluyen mis resultados de carga viral dentro de un año y cuentas de CD4 a mi trabajador de inscripción, como es aplicable.

Comprobante de Ingreso: Entregare a mi trabajador de inscripciones pruebas de los ingresos de mi hogar.

Comprobante de Medi-Cal y/o comprobante de determinación de Medi-Cal: Aplicare para Medi-Cal, o aplique para Medi-Cal pero mi determinación está pendiente. Entregare a mi trabajador de inscripciones un comprobante de que aplique a Medi-Cal y/o documentación demostrando mi determinación de elegibilidad de Medi-Cal.

CERTIFICACIÓN

Al firmar al siguiente, certifico que la información anterior es factual, exacta, y completa. Entiendo que tengo un TAP de 30 días en el cual debo obtener y entregar la documentación necesaria anteriormente indicada para corroborar que califico para ADAP, y que mi elegibilidad de ADAP no será extendida más de treinta días si fallo de obtener y entregar la documentación requerida antes de que el TAP expire. Yo también entiendo que ADAP puede pedirme documentación adicional si la documentación que entrego aparece ser inconsistente, inexacta, o insuficiente. Conuerdo notificar a ADAP inmediatamente de cualquier cambio a mi información de elegibilidad, incluyendo cambios a mi residencia, ingreso, y/o cobertura de salud. Entiendo que la falta de proporcionar información exacta o deliberadamente omitir información puede resultar en suspensión o terminación de mis servicios de ADAP y yo puedo ser financieramente responsable por cualquier servicios obtenidos.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Agente designado de
ADAP (si es aplicable): _____
(Imprima nombre completo) (Firma)