



艾滋病药物援助计划 (ADAP)

临时访问期(TAP)申请表

说明

本表格用于申请临时访问期(TAP)，适用于无法提供证明其符合ADAP资格文件的新ADAP申请人或重新注册的ADAP客户。经批准的TAP可给予申请人30天的临时ADAP资格，以便其获取所需文件并向经认证的ADAP注册工作人员提交。**除非申请人提供HIV快速检测阳性结果证明且正在等待确诊结果，否则不能为未提供任何HIV诊断证明的申请人发放TAP。**必须填写本表的所有部分，并将填妥的表格附在ADAP注册系统(AES)中申请人的电子申请表上。

申请人信息——除非另有说明，否则所有字段均为必填字段。

全名：_____

出生日期：_____ 客户ID号（可选）：_____

文件

请选择所有适用的选项：

☐ 身份证明——我将向我的ADAP注册工作人员提供可接受的身份证明。

☐ 加州居住证明——我将向我的ADAP注册工作人员提供我是加州居民的证明。

☐ 诊断证明——我提供了HIV快速检测阳性结果，并将提供确诊证明。

☐ 收入证明——我将向我的ADAP注册工作人员提供我的家庭收入证明。

☐ Medi-Cal申请证明和/或Medi-Cal资格认定证明——我将申请Medi-Cal，或者我已经申请Medi-Cal，但我的资格认定结果尚未出来。我将向我的ADAP注册工作人员提供我申请Medi-Cal的证明和/或Medi-Cal资格认定文件。

声明

申请人填写本部分：

本人签署以下内容，特此证明以上信息真实、准确且完整。我理解我有30天的临时访问期，在此期间我必须获取并提交上述必要文件，以证明我符合ADAP资格；如果我未能在临时访问期到期前获取并提交所需的资格认定文件，我的ADAP资格将不会超过30天。我还理解，如果我提交的文件出现不一致、不准确或不充分的情况，ADAP可能会要求我提供补充文件。我同意及时通知ADAP我的资格信息的任何变更，包括居住地、收入和/或医疗保险的变更。我理解未能提供准确信息或故意隐瞒信息可能会导致ADAP服务的暂停或终止，并且我可能需要对已获得的任何服务承担经济责任。

申请人签名：_____日期：_____

ADAP批准的指定代理人（如适用）：_____

(请用印刷体填写全名) (签名)

声明 续

如果通过电话为客户注册，注册工作人员请填写本部分：

本人签署以下内容，特此证明我已通过电话对客户进行了资格审查，并为客户安排了TAP。

注册工作人员姓名：_____日期：_____

注册工作人员ID：_____注册工作人员签名：_____