PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS DE PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN DEL ESTADO DE WASHINGTON (PrEP DAP)

Dirección postal: PrEP DAP - PO Box 47840, Olympia, WA 98504
Teléfono: 877.376.9316 | Fax confidencial: 360.359.7952
Correo electrónico: PrEPDAP@doh.wa.gov

ID de cliente PrEP DAP:

FAVOR DE LEER:

- **Requisito de ingresos para el PrEP DAP:** PrEP DAP es para las personas que necesitan ayuda para pagar por el medicamento de PrEP, las visitas médicas y pruebas de laboratorio de PrEP, y tienen ingresos brutos mensuales iguales o inferiores al 500% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
- **PrEP y el seguro médico**: si tiene seguro médico, el medicamento de PrEP, las visitas médicas y las pruebas de laboratorio de PrEP deben proporcionarse a un costo de cero ($0).
- **Favor de completar todas las secciones de esta aplicación:** escriba claramente a mano o use un dispositivo electrónico para escribir sus respuestas. Las aplicaciones incompletas pueden retrasar su elegibilidad.
  Instrucciones: visite www.doh.wa.gov/es/PrEPDAPaplicacion o escaneé este código QR para obtener la obtener la aplicación e instructiones para completarla.

1. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Primer nombre y apellido legales	I.M.	Nombre preferido

Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Núm. de seguro social	Idioma preferido
		☐ inglés ☐ español

2. DIRECCIÓN RESIDENCIAL

Dé una dirección física, no un apartado postal. **Sólo** se enviará correspondencia si es una dirección postal.

Dirección de calle	Apartamento / Lote / Piso

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

3. DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL (Solo es requerida si es diferente de su dirección residencial)

¿Su dirección postal es la misma que la de su residencia?
☐ Sí ☐ No

¿Quiere optar por no recibir correo postal?
☐ Sí ☐ No
Si **es así,** de una dirección de correo electrónico en la sección cuatro.

Dirección de la calle	Apartamento / Lote / Piso

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov.

4.INFORMACIÓN DE CONTACTO

¿Podemos enviar un correo electrónico?	¿Podemos dejar un buzón de voz?	¿Podemos enviar un mensaje de texto?
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico	Número de teléfono

5. POR FAVOR, CUÉNTENOS UN POCO MÁS SOBRE USTED

Sexo asignado al nacer

☐ hombre ☐ mujer

Identidad de género actual

☐ masculina ☐ femenina
☐ transgénero, masculino a femenino ☐ transgénero, femenino a masculino
☐ no-binario/género expansivo ☐ otra: _____

Etnia

☐ no-hispana
☐ hispana/latina:
- ☐ mexicana, mexicanoamericana, chicana
- ☐ puertorriqueña
- ☐ cubana
- ☐ otro origen étnico hispano/latino o de origen español

Raza (seleccionar todas las que apliquen)

☐ blanca (anglosajona)
☐ africana o afroamericana
☐ indígena americana/nativa de Alaska
☐ asiática
- ☐ indígena asiática ☐ china ☐ filipina ☐ japonesa ☐ coreana
- ☐ vietnamita ☐ otra

☐ hawaiana/isleña del Pacífico
- ☐ nativa de Hawái ☐ guameña o chamorra ☐ samoana
- ☐ otras isleñas del Pacífico

6. ASISTENTE DE SOLICITUD O REPRESENTANTE AUTORIZADO

Por favor, facilite la siguiente información para cualquier persona con la que quiera que hablemos sobre su cobertura de PrEP DAP. Los datos se utilizarán para verificar la identidad de la persona cuando se comuniquen con PrEP DAP.

Apellidos	Primer nombre

Número de teléfono	Dirección electrónica	Su relación con usted

7. Personal de salud autorizado para recetar PrEP

Por favor, indique el nombre del proveedor sanitario que le receta PrEP.

Apellidos	Primer nombre	Nombre de la clínica

¿Has visto a su médico o le han hecho análisis en los últimos 90 días? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si es así, favor de dar el **mes** y el **año:** _____

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov.

8. INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS DE SALUD

Medicare Parte B y la mayoría de las compañías de seguros de salud deben proporcionar PrEP, visitas médicas y pruebas de PrEP (VIH, ITS, otros exámenes clínicos) GRATIS siempre que el proveedor de atención sanitaria esté dentro de la red.

¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No **De ser así**, seleccione un tipo de plan y proporcione la información a continuación:

Tipo de cobertura

Seguro: ☐ Empleador ☐ Plan de salud calificado ☐ Individual

Nombre de la aseguradora	Póliza de seguro/Nombre del plan	Fecha de vigencia

9. INGRESOS

Ingreso bruto mensual

Por favor, envíe pruebas de todas sus fuentes de ingresos. Si no tiene claro qué enviar, o si sus ingresos son irregulares, comuníquese con PrEP DAP para poder ayudarle. Si falta información o la que nos envió está incompleta, esto puede retrasar su elegibilidad. También podemos verificar ingresos utilizando registros estatales siempre que esto sea necesario.

Dé su ingreso bruto mensual (esto es lo que gana cada mes **antes de impuestos o deducciones**):

$_____

Por favor, proporcione **copias** (no envíe originales) de lo siguiente, si es que esto aplica para usted:

- **Si tiene un empleo**
- **por parte de un empleador**: recibos de nómina de sus **dos (2) meses más recientes**
- **como trabajador independiente:** un estado de pérdidas y ganancias de sus **dos (2) meses más recientes** (solo incluya las deducciones que permita la agencia tributaria, incluso si no presenta la declaración de impuestos)
- **Si recibe ingresos en efectivo:**
  - un **estado de ganancias y pérdidas** de sus **dos (2) meses más recientes**
- **Si recibe otro tipo de ingresos:**
  - carta de beneficio del seguro social del año actual, o de desempleo, o de prestaciones de pensión, etc.

Si no tiene ingresos, marque la casilla de abajo.

☐ **Al marcar esta casilla, indico que no tengo ingresos.**

Entiendo que PrEP DAP puede pedir pruebas en cualquier momento, como una carta de un antiguo empleador o un aviso de terminación de beneficios.

Acepto informar a PrEP DAP en un plazo de 20 días si mis ingresos cambian.

Entiendo que dar información falsa o incompleta puede generar la negación de elegibilidad, y que podría ser responsable por los costos de los servicios si no era elegible.

Si ha marcado la casilla anterior, por favor explique a continuación cómo cubre sus necesidades básicas de comida y vivienda:

_____

_____

10. FACTORES DE RIESGO	
La profilaxis pre-exposición (PrEP) es un medicamento diario que ayuda a prevenir el VIH. PrEP DAP utiliza directrices para ayudar a conectar a las personas con el programa. Por favor, díganos con qué factores de riesgo se identifica. <u>Asegúrese de responder a cada pregunta de forma completa.</u>	
¿Alguna vez ha tenido sexo con un hombre?	☐ Sí ☐ No
En los últimos 12 meses, ¿algún médico, enfermero u otro profesional sanitario le ha dicho que tiene clamidia, gonorrea o sífilis?	☐ Sí ☐ No
Si es así, díganos cuál(es): ☐ clamidia ☐ gonorrea ☐ sífilis	
¿Ha consumido metanfetaminas en los últimos 12 meses? (cristal, meta, tina, crank, ice)	☐ Sí ☐ No
¿En los últimos 12 meses ha usado “poppers”? (nitratos de alquilo o amilo)	☐ Sí ☐ No
En los últimos 12 meses, ¿tuvo sexo sin usar condones con alguien que no consideraba su pareja principal?	☐ Sí ☐ No
¿Está en una relación sexual continua con una pareja que sabe que es seropositiva? De ser así, ¿Está su pareja tomando medicamento para el VIH? ¿Está su pareja interesada en quedar embarazada?	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No
En los últimos 12 meses, ¿ha intercambiado sexo por cosas como dinero, alojamiento o drogas?	☐ Sí ☐ No
En los últimos 12 meses, ¿se ha inyectado algún medicamento que no le haya recetado un profesional sanitario?	☐ Sí ☐ No

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov.

11. ACUERDO, DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS

El Departamento de Salud coordina con las siguientes entidades para verificar la elegibilidad para todos los servicios aplicables y para apoyar la coordinación del tratamiento y la atención con los socios contratados. Todas las entidades cumplen con los mismos requisitos de confidencialidad:

- Gestor de beneficios farmacéuticos
- Departamento de salud estatal y servicios sociales del estado de Washington (Verificación de Medicaid)
- Autoridad sanitaria del estado de WA (Apple Health)
- Proveedores contratados por PrEP DAP
- Proveedor de software de sistemas de datos

Tengo derecho a: ser tratado con respeto, consideración y honestidad; de recibir servicios de PrEP DAP sin discriminación por raza, color, sexo o género, etnia, origen nacional, religión, edad, clase, orientación sexual o capacidad física o mental; de que mis registros se traten como confidenciales; y de presentar una apelación sobre la elegibilidad o las decisiones de cobertura.

Tengo la responsabilidad de: tratar al personal del Departamento de Salud y a los socios contratados con respeto, consideración y honestidad; proporcionar información correcta, actual y completa; de responder a las solicitudes de información del programa; de seguir las pruebas y tratamientos recomendados médicamente, incluyendo actividades que se recomiendan en los estándares actuales de práctica de PrEP; y de notificar al programa en un plazo **de 20 días** cualquier cambio que afecte mi elegibilidad, incluyendo, pero no limitándose a, ingresos, dirección o cobertura de seguro médico.

Entiendo que: la información solicitada en esta solicitud es para determinar la elegibilidad para los servicios financiados por el estado. La financiación es limitada y puede expirar en cualquier momento sin que haya fondos ampliados o alternativos disponibles. El programa puede utilizar otros sistemas de datos o registros para verificar la información que proporciono, cuando sea necesario. Una vez aprobada, mi elegibilidad expirará tras un año. Antes de que finalice el periodo de elegibilidad, debo volver a solicitar y proporcionar información actualizada para poder seguir recibiendo servicios. Si soy elegible, mi información puede ser compartida con socios contratados para coordinar los servicios del programa.

Liberación de información: doy mi permiso para que el programa comparta información de esta solicitud y de la documentación posterior obtenida por el programa con socios contratados y cualquier persona que haya listado en la sección de “Asistente de Solicitud o Representante Autorizado” de esta solicitud. Este permiso es válido por **un año y 60 días** a partir de la fecha en que firmo esta autorización.

Al firmar esta sección de la solicitud, confirmo que la he leído y certifico que la información proporcionada es verdadera y precisa hasta donde sé.

_____ _____

Firma del solicitante o tutor legal — La fecha de hoy (mes/día/año)

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov.