



## Programa de Asistencia con Medicamentos para Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP DAP) Instrucciones para la solicitud confidencial

Siga estas instrucciones para llenar la solicitud confidencial del Programa de Asistencia con Medicamentos para Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP DAP). Dicha solicitud consta de tres secciones. Las tres secciones son obligatorias independientemente de si usted es un solicitante nuevo o si va a hacer una renovación (un solicitante recurrente).

Llene toda la solicitud en tinta o computadora (no use lápiz) y proporcione toda la documentación requerida. Si deja de incluir algo, puede que el PrEP DAP tenga que enviarle una carta solicitando la información faltante, lo cual puede retrasar su elegibilidad. Si necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con un Acompañante de Prevención (consulte la página 4) en su área o contacte directamente al PrEP DAP.

### SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

**Nombre legal completo:** Proporcione su nombre legal tal como aparece en su licencia de conducir, identificación o pasaporte emitidos por el estado. No proporcione su apodo ni nombre preferido.

**Comprobante de nombre legal:** Si es nuevo en el PrEP DAP, debe proporcionar un comprobante de su nombre legal. Dicho comprobante puede ser una copia de su licencia de conducir, identificación o pasaporte emitidos por el estado. Pueden estar vencidos. Si no obtenemos una copia de este comprobante, se la solicitaremos. Esto retrasará su elegibilidad.

**Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN):** Proporcione su SSN o marque la casilla que indica que usted no tiene SSN. Esta información se conserva de forma confidencial. La solicitamos para asegurarnos de que usted obtenga la cobertura adecuada.

**Fecha de nacimiento:** Proporcione su fecha de nacimiento completa (mes/día/año).

**Identidad de sexo:** Marque la casilla que coincida con su identidad de sexo actual.

**Sexo al nacer:** Marque la casilla que coincida con su sexo al nacer.

**Preferencia para comunicaciones escritas:** Seleccione el idioma en el que le gustaría recibir cartas. Si deja esta casilla en blanco, toda la correspondencia se enviará en inglés.

**¿Es veterano?** Marque la casilla que le corresponda. Esto aplica para clientes que hayan prestado servicio en el ejército de Estados Unidos.

**Origen étnico:** Marque la casilla que mejor coincida con su origen étnico. (Seleccione todas las que apliquen en su caso).

**Raza:** Marque las casillas que mejor coincidan con su(s) raza(s). (Seleccione todas las que apliquen en su caso).

**Dirección residencial:** Proporcione la dirección del lugar donde vive. Si no tiene una dirección residencial, complete la declaración de no poseer dirección residencial.



**Programa de Asistencia con Medicamentos para  
Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP DAP)  
Instrucciones para la solicitud confidencial**

**Comprobante de residencia en Washington:** Si suministra una dirección residencial, usted debe proporcionar un comprobante de residencia en Washington. Si no recibimos una copia de este comprobante, se la solicitaremos. Esto retrasará su elegibilidad. Los documentos que aceptamos como comprobante de residencia son los siguientes:

- Licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado de Washington vigentes
- Tarjeta de registro de votante
- Copia de contrato de arrendamiento, hipoteca o alquiler
- Factura de servicio público a su nombre de los últimos 90 días (no se aceptan facturas de telefonía móvil)

**Declaración de no poseer dirección residencial:** solo debe completar esto si no tiene una dirección residencial y no tiene hogar. Complete la declaración en su totalidad informándonos dónde pasó la noche anterior y en qué ciudad. Tendrá que proporcionar una dirección de correspondencia de todos modos.

**Dirección de correspondencia:** Todos los clientes deben proporcionar una dirección de correspondencia donde quieran recibir su correo. Si sus direcciones de correspondencia y residencial son iguales, marque la casilla "Sí" en la pregunta "¿Su dirección postal es la misma que la de su residencia?".

\*\*Si no completa esta sección, enviaremos toda la correspondencia a la dirección indicada como su dirección residencial. Si no tiene una dirección residencial y llenó la declaración de no poseer dirección residencial, de todos modos, requerimos que nos proporcione una dirección de correspondencia. Si esto está incompleto, su elegibilidad se retrasará.

**Número de teléfono y correo de voz:** Proporcione el número de teléfono por el cual podamos comunicarnos con usted. Marque la casilla para indicarnos si podemos dejar un mensaje de voz. Si lo llamamos o le dejamos un mensaje, le daremos solamente nuestro nombre y número de teléfono.

**Mensajería electrónica:** En esta sección se le pregunta si le gustaría recibir actualizaciones y recordatorios del PrEP DAP de forma electrónica

- Correo electrónico:** Proporcione la dirección de correo electrónico en la que le gustaría recibir mensajes del PrEP DAP
- Teléfono celular con código de área:** Elija un número de teléfono en el que le gustaría recibir mensajes de texto del PrEP DAP
- Compañía de telefonía móvil:** Escriba el nombre de la compañía de telefonía móvil correspondiente al número suministrado (ejemplo: Verizon, Sprint, AT&T, etc.)

**Asistente de solicitud:** Si alguien lo ayudó a postularse para el PrEP DAP, méncionelo aquí si quiere que le notifiquemos a esa persona sobre el estatus de la solicitud. (Este no es un Acompañante de Prevención) Usted debe suministrar una dirección de correo electrónico o un número de teléfono para ayudarnos a contactar a su asistente.

**Programa de asistencia al paciente:** Los Programas de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Programs, PAP) lo ayudan a pagar medicamentos de acuerdo a la necesidad financiera. Esto no incluye el PrEP DAP. Si usted ha utilizado un programa de asistencia al



## Programa de Asistencia con Medicamentos para Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP DAP)

### Instrucciones para la solicitud confidencial

paciente este año para ayudarse a costear las medicinas del PrEP, indique cuáles programas ha utilizado marcando las casillas correspondientes.

**Prescriptor DE LA PrEP:** indiquenos quién es el proveedor de atención médica que le prescribe la PrEP. Suministre el nombre del proveedor, la clínica donde lo atiende y su número de teléfono.

**Acompañante de Prevención:** Los Acompañantes de Prevención están capacitados para ayudar a los clientes a acceder a recursos de prevención del VIH en su área. Pueden ayudarlo a solicitar servicios del PrEP DAP u otros servicios externos al PrEP DAP. No es obligatorio que usted tenga un Acompañante de Prevención.

- Si tiene uno, suministre su nombre, agencia y número telefónico para que podamos comunicarnos con él con respecto a su elegibilidad y su estado.
- Si no tiene uno, deje esta sección en blanco.
- Si le gustaría tener un Acompañante de Prevención, pónganse en contacto con la agencia más cercana a usted. En la página siguiente puede encontrar una lista de acompañantes de prevención.

**Información sobre ingreso:** el PrEP DAP no es un programa basado en el ingreso, sin embargo, hacemos esta pregunta para poder garantizar que usted esté recibiendo todos los beneficios que estén disponibles. Esto incluye otros programas financiados por el gobierno federal o el estado de Washington. Si no responde esta pregunta, su elegibilidad para el programa no resultará afectada.



**Programa de Asistencia con Medicamentos para  
 Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP DAP)  
 Instrucciones para la solicitud confidencial**

<b>Cascade AIDS Project (CAP) SW Washington</b> 100 E 33rd Street STE 201B, Vancouver WA 98663  Ben Meana*	Oficina principal: 360.750.7964 <b>Acompañante de Prevención</b> 360.768.5543	www.cascadeaids.org  bmeana@cascaidaids.org	
<b>Center for Multicultural Health</b> 1120 E Terrace Street, Seattle WA 98122  Vanessa Grandberry (foco en afroamericanos) Solomon Tsegasellasi (foco en negros nacidos en el extranjero) Tina Abdul-Aziz (foco en negros nacidos en el extranjero) Ray Harris (foco en afroamericanos)	Oficina principal: 206.461.6910 <b>Acompañantes de Prevención</b> 206.461.6910 x212 206.461.6910 x216 206.461.6910 x206 206.461.6910 x203	www.multi-culturalhealth.org  vanessa@cschc.org solomon@cschc.org tina@cschc.org rayharris@cschc.org	
<b>Entre Hermanos</b> 1105 23rd Avenue, Seattle WA 98122  Joel Aguirre* Sergio Miranda* Jessica Rosas*	Oficina principal: 206.322.7700 <b>Acompañante de Prevención</b> 206.330.2047 206.274.9956 206.274.8334	www.entrehermanos.org  joel@entrehermanos.org sergio@entrehermanos.org jessica@entrehermanos.org	
<b>Gay City Health Project</b> 517 E Pike Street, Seattle WA 98122  Luis Viquez * Yahaira Arenas* Lark Ballinger Noah Frank Ray Corona*	Oficina principal: 206.860.6969 <b>Acompañantes de Prevención</b> 206.388.1706 206.388.1708 206.486.1410 206.388.1709 206.860.6969	www.gaycity.org  luis@gaycity.org yahaira@gaycity.org lark@gaycity.org noah@gaycity.org ray@gaycity.org	
<b>Harborview Medical Center - Madison Clinic</b> 325 9th Avenue – 2nd Floor – West Clinic, Seattle WA 98104 Veronica Monroy *	Oficina principal: 206.520.5000  206.744.4815	http://depts.washington.edu/idhmc/madison-clinic/patients/about-us/ monrov@uw.edu	
<b>Lifelong</b> <b>Oficinas en Seattle</b> 1016 E Pike Street – 3rd Floor, Seattle WA 98102  Aaron Ness Tony Koester Scott Hix Alyx Steadman Nicolas Swaner, programa para jóvenes	Oficina principal: 206.957.1600 <b>Oficinas en Everett</b> 3305 Oakes Ave STE 100, Everett WA 98201 <b>Acompañante de Prevención</b> 206.957.1781 206.957.1751 206.957.1690 206.957.1639 206.957.1665	www.lifelong.org  aaronn@lifelong.org tonyk@lifelong.org scotth@lifelong.org alyxs@lifelong.org nicolass@lifelong.org	<b>Ubicación</b> Everett Seattle Seattle Seattle Seattle
<b>Pierce County AIDS Foundation (PCAF)</b> <b>Oficinas en Tacoma</b> 3009 S 40th Street Tacoma, WA 98409 Oficina principal: 253.383.2565  Jacob Lucas Chace Hunter Nathan "Nate" Lee Lorenzo Cervantes* Lance Rivera-Toledo*	<b>Oficinas en Olympia</b> 2101 4th Ave E STE 102/103 Olympia WA 98409 Oficina principal: 360.352.2375 <b>Acompañante de Prevención</b> 253.597.4803 253.597.4803 253.722.0712 253.722.0706 253.383.2565 x216	www.piercecounyaids.org  jlucas@piercecounyaids.org chunter@piercecounyaids.org nlee@piercecounyaids.org lcervantes@piercecounyaids.org ltoledo@piercecounyaids.org	<b>Ubicación</b> Olympia Tacoma Tacoma Tacoma Tacoma
<b>Seattle Counseling Service</b> 1216 Pine Street STE 300, Seattle WA 98101  Lindsay Garske Darrel Jernigan Terry Jones Kevin Nooney Brian Tacovelli	Oficina principal: 206.323.1768 <b>Acompañante de Prevención</b> 206.323.1768 x203 206.323.1768 x319 206.323.1768 x318 206.323.1768 x318 206.323.1768 x319	www.seattlecounseling.org  lindsayg@seattlecounseling.org darrelj@seattlecounseling.org terryj@seattlecounseling.org kevinm@seattlecounseling.org brian@seattlecounseling.org	
<b>Spokane Regional Health District</b> 1101 W College Avenue, Spokane WA 99201  Katie Booher	Oficina principal: 509.324.1542 <b>Acompañante de Prevención</b> 509.324.1438	www.srhd.org  kbooher@srhd.org	



## Programa de Asistencia con Medicamentos para Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP DAP) Instrucciones para la solicitud confidencial

**Información del seguro de salud:** Para determinar su elegibilidad correctamente, el PrEP DAP necesita saber qué tipo de cobertura de seguro tiene usted.

**¿Tiene seguro de salud?** Tiene que marcar sí o no. La solicitud se considerará incompleta si no responde esta pregunta, lo cual retrasará su elegibilidad.

- Si su respuesta es **sí**: marque cada tipo de seguro que posea y envíe copias de sus tarjetas de seguro (por ambas caras). Indique el nombre de la aseguradora que le proporciona cobertura si el plan abarca cobertura médica o de medicamentos con receta.

**Representante autorizado:** llene esta sección si designó a una persona para que hable con el PrEP DAP en su nombre. Proporcione nombre y apellido de la persona, fecha de nacimiento, número telefónico y dirección de correo electrónico. La fecha de nacimiento, el número telefónico y la dirección de correo electrónico solo se usan para verificar la identidad de la persona cuando conversemos sobre su cobertura.

**Factores de riesgo:** Para asistirnos con la determinación de elegibilidad, indíquenos con cuáles factores de riesgo se identifica. Debe responder cada pregunta totalmente. Si no las responde, se lo pediremos. Esto retrasará su elegibilidad.

**Acuerdo, Divulgación de Información y Asignación de Beneficios:** Esta sección también se conoce como la página para firmas. Lea esta sección con detenimiento. En ella se explican sus derechos y responsabilidades como cliente del PrEP DAP. Debe firmar y fechar esta página. Si no obtenemos una copia completa, se la solicitaremos. Esto retrasará su elegibilidad.

### SECCIÓN 2 - FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE VIH Y ESTADO DE SALUD (HHSI):

**\*\*\*Este formulario es obligatorio cada vez que realice una solicitud.** El PrEP DAP debe confirmar su estado de VIH y de salud. Tanto usted como su proveedor de atención médica completan una sección. En el caso de solicitantes nuevos, la fecha de la prueba de detección de VIH debe tener no más de 14 días de antigüedad; en el caso de solicitantes de renovación, el plazo es de 90 días. Puede enviar el formulario lleno a PrEP DAP con su solicitud o pedirle a su proveedor de atención médica que lo envíe directamente. El estado de VIH se debe verificar antes de poder determinar la elegibilidad. Si no obtenemos una copia completa, se la solicitaremos. Esto retrasará su elegibilidad.