

Departamento de Servicios Sociales del Estado de Connecticut

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de Connecticut

CADAP

¿QUÉ ES CADAP?

El Programa de Ayuda de medicamentos para el SIDA de Connecticut (CADAP, por sus siglas en inglés) es administrado por el Departamento de Servicios Sociales (DSS) bajo un Memorando de Acuerdo con el Departamento de Salud Pública. CADAP es un programa de asistencia farmacéutica que paga por los medicamentos de VIH /SIDA aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas de los E.U. (FDA, por sus siglas en inglés) y por otros medicamentos que puedan prevenir el deterioro serio de la salud en personas que tienen el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

COBERTURA DE CADAP

Bajo la porción de asistencia farmacéutica del programa, CADAP paga solamente por las medicinas cubiertas bajo su formulario. Si su solicitud es aprobada, usted recibirá una tarjeta de elegibilidad del programa. **Lleve esta tarjeta a su farmacéutico.** Su farmacia le facturará al Estado directamente por las medicinas cubiertas bajo CADAP (menos cualquier otra cobertura del seguro que usted pueda tener). Se envía una lista completa de las medicinas cubiertas bajo CADAP con la carta de aprobación de CADAP.

ELEGIBILIDAD PARA CADAP

Para ser elegible para CADAP, usted tiene que:

- ser un residente de Connecticut
- ser diagnosticado por un médico licenciado y tener al menos una de las siguientes condiciones médicas:
 - (1) el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) positivo, no el SIDA (1)
 - (2) el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) positivo, estatus desconocido del SIDA (2)
 - (3) el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) definido por el Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) (3)
- tener ingresos totales individuales o familiares netos iguales o inferiores al 400% del Nivel de Pobreza Federal actual.
- solicitar cobertura médica, incluyendo Medicaid, a través del nuevo Mercado de Seguro de Salud, Access Health CT, y entregar pruebas de su aprobación o negación o proporcionar prueba de su cobertura de seguro actual.

No hay un límite de los activos.

Para nosotros poder determinar la elegibilidad de sus ingresos, **usted debe reportar sus ingresos mensuales netos.** Los ingresos mensuales netos es la suma de sus ingresos brutos ganados en un mes menos cualquiera deducción requerida (tales como impuestos o deducciones para la prima del seguro de salud) y sus ingresos no derivados del trabajo, lo cual es la cantidad que usted recibe de cualquier beneficio, tales como SSI o SSDI.

Si se determina que usted es elegible para CADAP, usted **tiene que** solicitar el Medicaid (Título XIX) como una condición de elegibilidad.

Usted **no** es elegible para CADAP si usted tiene ahora cobertura para las prescripciones a través de:

- Medicaid (Título XIX)
- Cobertura de Medicaid para la Población de Ingresos más Bajos (Husky D)

****NUEVO a partir del 1ero. de enero de 2014****

Access Health CT es el Nuevo Mercado de Seguros de Salud. Access Health CT le ayudará a comprar la cobertura de salud que mejor se adapte a sus necesidades y que se ajuste a su presupuesto. Es donde las personas, familiares y negocios pequeños pueden ir online para investigar e inscribirse en la cobertura de salud, incluyendo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), también conocido como el programa de Salud HUSKY.

La Ley de Asistencia Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) ha permitido a Connecticut a expandir los límites de elegibilidad de los ingresos para Medicaid para cubrir a más personas. La expansión cubrirá a Adultos sin niños dependientes, que ganan hasta el 138% del Nivel de Pobreza Federal

Para obtener detalles y averiguar si usted califica, visite www.accesshealthct.com o llame al 1-855-805-health (4325). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-789-2428.

RENOVACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA CADAP

La elegibilidad para CADAP tiene que ser revisada y renovada ¡cada seis meses!

La Información Médica tiene que ser completada con el Diagnóstico, Recuento del CD4 y fecha de la prueba, Carga Viral (VL, por sus siglas en inglés) y fecha de la prueba, **y** firmada por un Médico, Asistente al Médico, o un Enfermero Registrado de Práctica Avanzada (APRN, por sus siglas en inglés) **cada seis meses** para continuar la elegibilidad para CADAP.

Aproximadamente sesenta días antes de la expiración de su elegibilidad, el Departamento le enviará una solicitud de renovación. Para mantener su elegibilidad para CADAP, usted tiene que completar y firmar la solicitud de renovación y devolverla a la dirección de correos de CADAP para la fecha de plazo que aparece en el aviso.

SEGURO MÉDICO BAJO CADAP

Usted puede ser elegible para CADAP, aunque usted ahora tenga un plan de seguro médico privado con beneficios de medicinas con receta. Si usted tiene un plan de seguro privado con cobertura para medicinas con receta, usted **tiene que** adjuntar una copia legible de su tarjeta del seguro médico con cobertura de medicamentos recetados (frente y reverso) junto con la solicitud. El Departamento de Servicios Sociales puede proporcionar ayuda con la prima en las pólizas de seguro médico para clientes elegibles para CADAP. Si usted desea que el Departamento pague por las primas de su seguro privado, por favor vea a continuación más información sobre el programa de Ayuda con la Prima del Seguro de Connecticut (CIPA, por sus siglas en inglés). **Si su póliza de seguro termina o cambia, por favor notifique a la oficina de CADAP inmediatamente, y envíenos una copia de la carta de terminación de la póliza.**

COBERTURA DE MEDICARE PARA RECETAS MÉDICAS (Parte D) BAJO CADAP

Los clientes elegibles de CADAP que tienen la Parte A y/o la Parte B de Medicare **tienen que** inscribirse en un Plan para Medicinas con Recetas (PDP, por sus siglas en inglés) de la Parte D de Medicare. Es importante recordar que CADAP pagará solamente las primas mensuales para los clientes inscritos en un Plan de referencia de la Parte D de Medicare aprobado por Connecticut. **CADAP es siempre el pagador de último recurso.** Si usted es elegible para otro seguro, usted tiene que solicitar y usar ese seguro primero. Para obtener información general, o si usted necesita ayuda para elegir un PDP, por favor póngase en contacto con:

- CHOICES en 1-800-994-9422, o www.medicareadvocacy.org
- MEDICARE en 1-800-633-4227 o www.medicare.gov
- Su farmaceuta local

Además, si usted es soltero y sus ingresos es menos de \$16,335 y el valor de sus bienes es menos de \$13,070; o si usted es casado y sus ingresos combinados es menos de \$22,065 y el valor de sus bienes combinados es menos de \$26,120, entonces usted **tiene que** solicitar el **Subsidio para Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) de la Administración del Seguro Social**. Si usted califica para la Ayuda Adicional LIS, usted será elegible para los co-pagos de medicinas significativamente reducidos y/o una prima mensual pequeña o ninguna. Las solicitudes para la Ayuda Adicional LIS pueden ser obtenidas en su Oficina local del Seguro Social y también online en www.ssa.gov.

Los bienes contables incluyen:

- Bienes Raíces, tales como: propiedades de alquiler, lotes vacantes y propiedades fuera del estado
- Valor en Efectivo del Seguro de Vida / de los Beneficios por Fallecimiento **solamente** si la cantidad total de los beneficios excede \$1,500 por persona
- Vehículos Motorizados no Esenciales, Botes, Auto-caravanas, Vehículos de Recreación, Remolcadores, Motocicletas, etc.
- Cuentas de Ahorros de Banco / Credit Union, Cuentas Corrientes, Cuenta(s) en Efectivo
- Anualidades, Acciones, Bonos, Bonos de Ahorros de los E.U., o Fondos de Inversión
- Club de Navidad y/o otras cuentas
- Fondos Fiduciarios, CDs, IRAs, 401K

Los bienes contables no incluyen:

- Residencia principal
- Parcela de entierro (hasta un valor de \$1,500)
- Un vehículo por persona
- Posesiones personales

Por favor tenga en cuenta: Si usted tiene un seguro privado que es considerado una cobertura 'fiable' por Medicare y ha sido notificado de tal cobertura por su plan de seguro privado, usted no necesita inscribirse en la Parte D de Medicare.

¿CÓMO SE PUEDE SOLICITAR CADAP?

Por favor complete las Secciones I, II, III y V del formulario de solicitud de CADAP adjunto. Su médico tiene que completar la Sección IV. Envíe la solicitud completada (todas las secciones) a la dirección de correos de CADAP a continuación:

**Department of Social Services
Medical Operations Unit #4
25 Sigourney Street
Hartford, CT 06106-5033**

¿DEBO NOTIFICAR A LA OFICINA DE CADAP SOBRE ALGÚN CAMBIO?

¡Sí! Por favor notifique a la oficina de CADAP cuando cualquiera de los siguientes cambios ocurra:

- Su nombre o dirección cambia,
- Su póliza de seguro médico privado cambia o termina,
- Su PDP de la Parte D de Medicare cambia o termina,
- Su persona de contacto y/o representante autorizado ha cambiado.

PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE CADAP, LLAME AL NÚMERO GRATIS: 1-800-233-2503

Usted puede obtener un formulario y una solicitud de CADAP actualizados llamando al número gratis del programa o visitando el sitio web del Departamento en: <http://www.ct.gov/dss>

COBERTURA DE CIPA

El Programa de Ayuda con la Prima del Seguro (CIPA, por sus siglas en inglés) de Connecticut puede pagar hasta \$1,500 al mes por las primas del seguro de salud para los clientes elegibles para CADAP. CIPA pagará las primas de su seguro de salud directamente a la compañía de seguros. Si su seguro está auspiciado por su empleador, CIPA (con su aprobación) pagará las primas de su seguro directamente a su empleador. CIPA pagará las primas del seguro de su plan de seguro actual o de un plan que usted esté solicitando. CIPA solamente pagará por los planes de seguro que: ofrecen cobertura de medicinas que es igual o mejor que el formulario actual de CADAP y los servicios totales de atención primaria.

CIPA **no** pagará las primas del seguro de salud de las pólizas que tienen un componente mandatorio de orden de farmacia por correo si la orden de farmacia por correo NO está inscrita como un Proveedor de Medicaid de Connecticut; o por pólizas que tienen límites de cobertura con las recetas y/o los beneficios médicos. Si la prima del seguro incluye una cantidad para la cobertura familiar, solamente la porción de la prima que pertenece al(a los) individuo(s) que recibe(n) beneficios bajo CADAP será cubierta.

PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE CIPA, LLAME AL NÚMERO GRATIS: 1-855-888-CIPA (2472)

Fax: 1-855-888-3300 | **Sitio web:** www.MyCIPA.com | **Correo electrónico:** CustomerService@MyCIPA.com

Es importante saber que debido a que la continuación de los fondos es incierta, el alcance de los servicios y las condiciones de participación en CADAP o CIPA pueden cambiar en el futuro.

¡Toda la información se mantiene bajo estricta confidencialidad!

Los servicios están disponibles sin importar raza, orientación sexual, color, credo, sexo, edad, discapacidad, origen de nacionalidad, linaje, barreras del idioma o creencias políticas.

Las personas sordas y con dificultades auditivas pueden usar un TDD/TTY llamando al 1-800-842-4524.

Las preguntas, dudas, quejas o pedidos para la información en formatos alternos deben ser dirigidos a la Oficina de Relaciones Públicas y de Gobierno al 1-800-842-1508.

El Departamento de Servicios Sociales es un empleador de oportunidad de igualdad y acción afirmativa.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CON LOS MEDICAMENTOS PARA EL SIDA DE CONNECTICUT (CADAP)

Sección I – Información acerca del Solicitante y la Familia

1. _____
Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

2. **¿Es usted actualmente elegible para alguno de los siguientes programas administrados por el Departamento de Servicios Sociales?**

Medicaid o MLIA (HUSKY A, B, C o D) o Charter Oak Sí No

Si su respuesta es afirmativa, su número de Identificación del Cliente: _____

Si usted es elegible para alguno de los programas anteriores, usted no es elegible para CADAP a menos que esté actualmente en un programa de *spenddown*.

3. **Dirección de la casa:**

Calle Apartado Postal o # de Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

4. **Dirección de correos confidencial**

(Los avisos sobre el programa se enviarán a esta dirección)

Calle Apartado Postal o # de Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

5. **Número de teléfono:** () _____
(casa) Código del área

Número de teléfono: () _____
(celular) Código del área

6. **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____
Mes Día Año *Si aplica, por favor proporcione el Estatus de Trans-género:*

Masculino a femenino Femenino a masculino Desconocido

7. **Sexo:** Masculino Femenino Trans-género

8. **Origen étnico:** ¿Es usted hispano(a) o latino(a)? SÍ NO

9. **Raza:**

Asiático (A)

Indio Americano o Nativo de Alaska (N)

Negro o Americano Africano (B)

Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico (P)

Blanco / Caucásico (C)

Otro (O): _____

10. **Idioma Principal:** Inglés Español (Usted recibirá todos los avisos del DSS en este idioma.)

11. **Número del Seguro Social:** _____ - _____ - _____
(Si no le han asignado un Número del Seguro Social, escriba las letras N/A para expresar No Aplica.)

12. **Estatus del embarazo (para mujeres solamente):** ¿Está usted embarazada en la actualidad? SÍ NO
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo es la fecha del nacimiento? _____

13. **Persona de Contacto,**
si no podemos ponernos en contacto con usted (opcional)

Nombre Inicial Apellido

Dirección, Calle Apartado Postal o # de Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: () _____
Código del área

14. **Representante Autorizado, por ej., Conservador, Tutor, Gerente del Caso, Poder Legal, etc.** *(Esta persona recibirá los avisos del programa enviados por el Departamento de Servicios Sociales.)*

Nombre Inicial Apellido

Dirección, Calle Apartado Postal o # de Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: () _____
Código del área

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento del Solicitante: _____

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA CON LAS MEDICAMENTOS PARA EL SIDA DE CONNECTICUT (CADAP)

Sección I – Información acerca del Solicitante y la Familia (continuación)

ARREGLOS PARA LA VIVIENDA:

Mi vivienda actual / estatus residencial es Permanente (Estable) Temporal Inestable / Desconocido

Miembros de la familia:

En la actualidad yo... (Marque la opción que aplique y ofrezca información acerca de TODOS los miembros de la familia a continuación)

- vivo solo(a) vivo con padre(s) / tutor(es) vivo con personas que no son parientes
 vivo con un cónyuge / una pareja vivo en un refugio / sin casa vivo con mis hijos
 vivo con parientes que no son mi cónyuge, padres e hijo

La elegibilidad financiera se determina por el tamaño de su familia y los ingresos mensuales netos de su familia. Su familia incluye a los siguientes parientes que viven con usted: su cónyuge, sus hijos menores de 18 años, y sus padres si usted es menor de 18 años.

1. Nombre completo _____ 2. Nombre completo _____
Fecha de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____
Sexo M F Sexo M F
Parentesco: _____ Parentesco: _____
Ingresos mensuales netos: \$ _____ Ingresos mensuales netos: \$ _____
3. Nombre completo _____ 4. Nombre completo _____
Fecha de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____
Sexo M F Sexo M F
Parentesco: _____ Parentesco: _____
Ingresos mensuales netos: \$ _____ Ingresos mensuales netos: \$ _____

Sección II – Información Financiera

PARA CADAP:

Se necesita la información sobre sus **ingresos mensuales netos** para determinar la elegibilidad. Los ingresos mensuales netos son sus ingresos brutos ganados menos cualquier deducción requerida (tales como impuestos, deducción para las primas del seguro de salud, y los gastos médicos incurridos pendientes de pago) más sus ingresos no trabajados, lo cual es la cantidad de cualquier beneficio(s) recibido(s), tales como SSI o el Seguro Social.

El total de los **ingresos mensuales netos** recibidos por **todos los miembros** de su familia es: \$ _____

PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID:

Se hará una determinación preliminar de su elegibilidad para Medicaid en base a la siguiente información. Esta información es usada únicamente por el programa CADAP y no significa que usted ha comenzado el proceso de solicitud para Medicaid / Título XIX.

Una solicitud separada debe ser entregada a su oficina local del DSS, o por vía del Mercado de Seguros de Salud, Access Health CT, si usted desea ser evaluado para la elegibilidad de Medicaid.

Para pedir que le envíen una solicitud de Medicaid, por favor llame al 1-800-842-1508 o visite www.accesshealthct.com para ver si usted califica online.

¿Recibe usted los beneficios del Seguro Social o SSI basado en una discapacidad? Sí No

Indique los ingresos de los miembros de su familia / de su vivienda:

Ingresos en bruto mensuales ganados: \$ _____
Ingresos en bruto mensuales no trabajados: \$ _____
Efectivo, Cuentas corrientes / de ahorros, activos líquidos: \$ _____
Acciones / Bonos: \$ _____

¿Qué otro tipo de ayuda necesita usted?

- Ayuda monetaria Ayuda con el cuidado de su hijo Ayuda con Cupones de Comida (SNAP)
 Otra (*especifique*): _____

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento del Solicitante: _____

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA CON LOS MEDICAMENTOS PARA EL SIDA DE CONNECTICUT (CADAP)

Sección III – Información acerca de la Cobertura del Seguro

Si usted o cualquiera en su familia tienen seguro de salud en la actualidad (cobertura médica y/o de recetas), por favor llene la siguiente sección.

1. Información sobre el Seguro de Salud

Por favor marque la opción que mejor describa su póliza de seguro de salud:

- Seguro de Salud a través de un empleador (individual o en grupo)
- COBRA o cobertura similar de continuación
- Auto adquirido (individual o en grupo)
- Otro:

Información acerca de la Compañía de Seguro:

Nombre de la compañía de seguro:	Fecha de vigencia de la póliza: / /
Dirección:	Número de la póliza:
	Número del grupo:
Contacto de Servicios al Miembro (si es conocido):	# de teléfono de Servicios al Miembro: () -
Por favor incluya una copia de su tarjeta de seguro (frente y reverso) con esta solicitud. Si su póliza de seguro ha terminado, por favor notifique a la oficina de CADAP inmediatamente y entregue la carta de terminación de la póliza a la oficina de CADAP ¡lo antes posible!	

¿Ha solicitado usted al Programa de Asistencia con la Prima del Seguro de Connecticut (CIPA)? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el status de su solicitud en este momento? Aprobada Pendiente Negada

2. Beneficios de Medicare

¿Recibe usted los Beneficios de la Parte A y/o la Parte B de Medicare? SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es su # de Reclamo de Medicare? _____

¿Está usted inscrito en un Plan de Medicinas con Receta (PDP, por sus siglas en inglés) de la Parte D de Medicare? SÍ NO

Nombre del PDP / de la compañía: _____

Número de la póliza de PDP: _____

Fecha de vigencia de la póliza: Comienza _____ Termina _____

Por favor adjunte una copia de su Tarjeta de Medicare y/o Tarjeta PDP de la Parte D de Medicare (frente y reverso) con esta solicitud.

3. Beneficios de Cuidados de Salud del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)

¿Es usted un veterano? SÍ NO

Si su respuesta es afirmativa, ¿recibe usted en la actualidad los beneficios médicos de VA? SÍ NO

Por favor tenga en cuenta: Las personas elegibles para los beneficios médicos de VA son estimulados a solicitar estos servicios y a usarlos primero pero pueden también solicitar y recibir los servicios de CADAP en adición o en lugar de sus beneficios de cuidados de salud de VA.

4. ¿Ha solicitado usted beneficios a través de Access Health CT? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuál es el status de la solicitud en este momento? Aprobada Pendiente Negada

(Por favor adjunte prueba de su solicitud a Access Health CT)

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento del Solicitante: _____

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA CON LOS MEDICAMENTOS PARA EL SIDA DE CONNECTICUT (CADAP)

Sección IV – Información Médica

Esta sección **tiene que estar completamente completada** por un Médico, Asistente al Médico, o Enfermero Registrado de Práctica Avanzada.

Certifico que la información médica proporcionada a continuación es verdadera y exacta a mi mejor entender. Certifico que prescribiré y/o he prescrito medicinas para tratar la enfermedad VIH o para prevenir el deterioro grave de la salud proveniente de la enfermedad VIH, incluyendo medidas para la prevención y el tratamiento de infecciones oportunistas para el paciente a continuación:

NOMBRE DEL SOLICITANTE / PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

El estatus clínico / diagnóstico del solicitante / paciente anterior es:

(1) VIH, no SIDA (2) VIH+, estatus desconocido de SIDA (3) CDC– SIDA definido

Por favor proporcione los resultados de las pruebas más reciente y las fechas de las pruebas **dentro de los últimos 12 meses** para el paciente nombrado anteriormente:

Recuento CD4 (CD4): _____ Fecha del examen: _____

Carga Viral de VIH (VL): _____ Fecha del examen: _____

Nombre del Médico / Asistente al Médico / APRN en letra de molde

Número de la Licencia del Estado (*requisito*)

Firma del Médico / Asistente al Médico / APRN

Fecha

Dirección y Número de Teléfono de la Oficina

POR FAVOR TENGA EN CUENTA: La Sección IV – Información Médica tiene que ser completada y firmada por un Médico, Asistente al Médico, o un Enfermero Registrado de Práctica Avanzada cada seis meses para permanecer elegible para CADAP y tiene que acompañar su solicitud inicial completada y/o la solicitud de re-determinación para continuar la elegibilidad de CADAP.

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento del Solicitante: _____

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA CON LOS MEDICAMENTOS PARA EL SIDA DE CONNECTICUT (CADAP)

Sección V – Divulgación de la Información

Por la presente autorizo y permito al Departamento de Servicios Sociales (Departamento) y/o a sus agentes a usar y a revelar los registros en su posesión incluyendo aquellos **que contienen una información confidencial relacionada con VIH, como ha sido definida en la Sección 19a-580 de los Estatutos Generales de Connecticut**, indicando que _____ (*nombre del paciente*), un solicitante o cliente del Programa de Ayuda con las Medicinas contra el SIDA de Connecticut (CADAP), tiene la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), una enfermedad relacionada con VIH, o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para informar a los empleados y agentes del Departamento, a las farmacias de CADAP / Medicaid, a los seguros de salud, a los proveedores y auditores de los servicios sociales, para los propósitos asociados con la administración de CADAP y los otros programas administrados por el Departamento.

También autorizo y permito al Departamento y a sus agentes a ponerse en contacto con mi(s) empleador(es), la compañía de facturación, el Administrador de COBRA, o los seguros médicos, para los propósitos asociados con el establecimiento de los pagos de la prima en mi nombre a través del Programa de Ayuda con la prima del Seguro (CIPA) de Connecticut y de la administración de CADAP y de todos los otros programas administrados por el Departamento.

Esta autorización es válida por la duración de las funciones relacionadas con la operación de CADAP y todos los otros programas del Departamento por un año de la fecha de la firma a continuación.

Fecha en que se firmó

Firma del solicitante o cliente de CADAP

Fecha en que se firmó

Firma del Tutor Legal del solicitante o cliente de CADAP

Fecha en que se firmó

Firma de la persona autorizada para dar su consentimiento al cuidado de salud para el solicitante o cliente de CADAP

Sección VI - Firma

- Comprendo esta solicitud y afirmo que las respuestas proporcionadas son verdaderas a mi mejor entender.
- Comprendo que la información en esta solicitud está sujeta a verificación por el Estado. Puedo ser objeto de penalidades por declaraciones falsas como se especificó en las Secciones 53a-157b y 17b-97 de los Estatutos Generales de Connecticut y a penalidades por robo como se especificó en las Secciones 53a-122, 53a-123, y 53a-124. También puedo ser objeto de penalidades por perjurio bajo la Ley Federal.
- Estoy de acuerdo en notificar al Departamento de Servicios Sociales dentro de **10 días laborales** si regreso a trabajar o si hay algún cambio en la dirección; información de seguro privado, terminación y/o cantidades de la prima; e ingresos de la familia, activos o tamaño de la familia.
- Comprendo que al recibir ayuda médica, yo permito al Estado a recobrar el costo de mis facturas médicas, las cuales pueden haber sido cubiertas por otros seguros, directamente de la compañía de seguros.
- Comprendo que si no estoy satisfecho con las acciones tomadas por el Departamento de Servicios Sociales relacionadas con mi elegibilidad para CADAP, yo tengo el derecho a solicitar una audiencia dentro de **60 días consecutivos** de la fecha del aviso de acción escribiendo a la siguiente dirección: Office of Legal Counsel, Regulation, and Administrative Hearings – State of Connecticut Department of Social Services – 25 Sigourney Street – Hartford, Connecticut 06106-5033. También puedo llamar al (860) 424-5760 o al número gratis 1-800-462-0134 para obtener más información relacionada con una audiencia.

Firma del Solicitante o Cliente

Fecha

Firma del Representante Autorizado

Fecha

Por favor envíe por correos la solicitud original completada y firmada a:

Department of Social Services
Medical Operations, Unit #4
25 Sigourney Street
Hartford, CT 06106-5033

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento del Solicitante: _____