CADAP

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

El Programa de Asistencia de Medicamente para SIDA en Connecticut

¿QUÉ ES CADAP?

El programa de Asistencia de Medicamentos para SIDA en Connecticut "The Connecticut AIDS Drug Assistance Program" (CADAP) es un programa de ayuda farmacéutica que paga medicamentos de HIV/AIDS (SIDA) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos "U.S. Food and Drug Administration" (FDA) y otras drogas que pueden prevenir el serio empeoramiento de salud de la persona que tiene el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o Sindrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA/AIDS). El Departamento de Servicios Sociales administra este programa.

COBERTURA

CADAP paga solamente por los medicamentos incluidos bajo su formulario. Si su solicitud es aprobada, usted recibirá una tarjeta de elegibilidad de programa. Lleve está tarjeta a su farmacéutico. Su farmacéutico facturará al Estado directamente por medicamentos cubiertos por CADAP (menos cualquier otra cubierta de seguro que usted pueda tener). Un listado completo de los medicamentos cubiertos bajo CADAP será enviado con la carta de aprobación de CADAP. A causa de que continuación de los fondos son inestables, la amplitud de servicios y condiciones de participación en el CADAP pueden cambiar en el futuro.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Para calificar, los criterios de elegibilidad son:

- Ser un residente del estado de Connecticut.
- Ser diagnosticado por un médico licenciado de tener al menos una de las condiciones médicas siguientes:
  - Sindrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA/AIDS),
  - Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) Sintomático Positivo, o
  - infección de HIV.
- El límite del ingreso total del individuo o de la familia del individuo debe ser igual a o bajo de 400% del Nivel de Pobreza Federal. **No hay límites de bienes.**

Para determinar la elegibilidad del ingreso, se necesita su **ingreso mensual neto**. El ingreso mensual neto es su **ingreso bruto**, **ganado** y recibido en un mes calendario, menos cualquieras requeridas deducciones (tales como impuestos o deducciones para primas de seguro de salud) y su **ingreso no ganado**, que es la cantidad de cualquier beneficio recibido tal como SSI o SSDI.

Como una condición de elegibilidad para CADAP, usted debe también solicitar por la Asistencia Médica del Estado, Medicaid (Título XIX). Realización de esta solicitud comenzará automáticamente el proceso de solicitud de Medicaid a menos que usted ya tenga una solicitud pendiente de Medicaid en la Oficina Regional del Departamento. **Si usted está dentro de los límites de ingreso y bienes para la elegibilidad de Medicaid, usted será requerido a completar otro formulario con información más detallada.**

SEGURO MÉDICO

Usted puede ser elegible para CADAP y tener también un plan de seguro médico con o sin beneficios de recetas. Si usted tiene un plan de seguro con beneficios de recetas, por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico (la parte delantera y la parte de atrás) con su aplicación. **Si su póliza de seguro es terminada o cambiada, por favor contacte y envie la carta de la terminación de la póliza a la oficina de CADAP inmediatamente.**

Usted no es elegible para CADAP si usted tiene ahora cobertura médica a través:

- Medicaid, (**Título XIX**),
- el Programa de Asistencia Administrado por el Estado (**SAGA**),
- Contrato de Asistencia Farmacéutica para los Ancianos e Incapacitados (**ConnPACE**),
- el Departamento de Asuntos de Veteranos (**VA**), o
- del Programa de Asistencia General Administrado por la Ciudad (**GA**).

Para ser elegible para cuidado médico de VA, un veterano debe haber servido por lo menos 180 días de servicio activo y tener un licenciamiento honorable o general.

¿CÓMO SOLICITAR?

Por favor complete las Secciones I, II, III, y IV del formulario de solicitud incluido. Su médico debe completar la Parte V. Envie la aplicación a la dirección de correo CADAP a:

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

LA ELEGIBILIDAD PARA RENOVAR

La elegibilidad para CADAP se examina en intervales de 1 (un) año.

Aproximadamente sesenta (60) días antes de la expiración de su elegibilidad, el departamento le enviará a usted por correo una aplicación de renovación. Complete y firme la aplicación de renovación y devuélvala a la dirección de correo de CADAP para la fecha de vencimiento en el aviso.

¿DEBERÍA NOTIFICAR LA OFICINA DE CADAP DE CUALQUIER CAMBIO ANTES DE QUE MI ELEGIBILIDAD EXPIRE?

Por favor, notifique la oficina de CADAP cuando alguno de estos cambios ocurre:

- Su dirección o nombre cambia,
- Se cambia o se termina su póliza de seguro, y/o
- Su persona de contacto o representante autorizado cambia.

PARA MAS INFORMACIÓN LLAME EL NÚMERO DE LLAMADA GRATIS DEL PROGRAMA CADAP: 1-800-233-2503

Usted puede obtener un formulario de CADAP actualizado y una aplicación por medio de llamar al número de teléfono gratis o ir al web-site del Departamento a: www.dss.state.ct.us.

Los servicios están disponibles sin tomar en consideración raza, color, credo, sexo, edad, incapacidad, origen nacional, linaje o barreras de lenguaje. Individuos sordos o con deterioro auditivo pueden usar un **TDD/TTY** llamando al **1-800-842-4524**. Preguntas, dudas, quejas o pedidos por información en formatos alternativos deben ser dirigidos a la Oficina de Relaciones Públicas y de Gobierno "Public and Government Relations Office" **1-800-842-1508**.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA SIDA EN CONNECTICUT
Y
PROGRAMA MEDICAID

Favor de completar las Secciones I, II, III, IV y pida a su médico que complete la Sección V. Su solicitud es tratada confidencialmente.

☐ Sí, yo deseo recibir avisos y formularios de CADAP en Español Solamente.

SECCIÓN I -- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y DEL HOGAR

1. Nombre

_____
Primer Nombre Inicial Apellido

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

Medicaid, HUSKY A, SAGA/GA ☐ Sí ☐ No

Si es sí, su número de identificación de cliente es:_____

ConnPACE ☐ Sí ☐ No Si es sí, su número de identificación de cliente es:_____

Si usted es elegible para cualquier de los programas arriba, usted no es elegible para CADAP.

3. Dirección Residencial:

_____
Número & Calle # de Apartado o Apartamento

_____
Ciudad Estado Código Postal

4. Dirección Postal *(Si es diferente)*

_____
Número & Calle # de Apartado o Apartamento

_____
Ciudad Estado Código Postal

5. Núm. de Teléfono: (_____) _____ — _____
Código de Area

6. Fecha de Nacimiento_____/_____/_____
Mes Día Año

7. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenina

8. Raza

☐ Caucásico (No-Hispano) ☐ Asiático ☐ Isleño del Pacífico
☐ Negro (No-Hispano) ☐ Nativo Americano ☐ Nativo de Alaska/Esquimal
☐ Hispano

9. Número Seguro Social Social:_____ — _____ — _____

(Si usted no tiene asignado un Número de Seguro Social, escriba en letras N/A para no aplicable.)

10. Persona de Contacto, *si usted no puede ser localizado* ***(opcional)***

_____
Nombre: *Primer Nombre Inicial Apellido*

_____
Número & Calle # de Apartado o Apartamento

_____
Ciudad Estado Código Postal

Núm. de Teléfono: (_____) _____ — _____
Código de Area

11. Representante Autorizado, **v.g. Conservador, Guardián, Abogado(a) de Poderes, etc**. *(Esta persona recibirá avisos enviadas por el Departamento incluyendo avisos de renovación.)*

_____
Nombre: *Primer Nombre Inicial Apellido*

_____
Número & Calle # de Apartado o Apartamento

_____
Ciudad Estado Código Postal

Núm. de Teléfono: (_____) _____ — _____
Código de Area

MIEMBROS DEL HOGAR

La elegibilidad financiera es determinada por el tamaño de su familia y el ingreso neto mensual de su familia. Su familia incluye los siguientes parientes que viven con usted: ***su esposo(a), sus niños menores de 18 años, y sus padres si usted es menor de 18 años.***

1. Nombre Completo_____

   Fecha de Nacimiento_____

   Sexo ☐ M ☐ F

   Parentesco con el Solicitante_____

2. Nombre Completo_____

   Fecha de Nacimiento_____

   Sexo ☐ M ☐ F

   Parentesco con el Solicitante_____

3. Nombre Completo_____

   Fecha de Nacimiento_____

   Sexo ☐ M ☐ F

   Parentesco con el Solicitante_____

4. Nombre Completo_____

   Fecha de Nacimiento_____

   Sexo ☐ M ☐ F

   Parentesco con el Solicitante_____

5. Nombre Completo_____

   Fecha de Nacimiento_____

   Sexo ☐ M ☐ F

   Parentesco con el Solicitante_____

6. Nombre Completo_____

   Fecha de Nacimiento _____

   Sexo ☐ M ☐ F

   Parentesco con el Solicitante_____

SECCIÓN II -- INFORMACIÓN FINANCIERA

PARA CADAP

Para CADAP su ingreso neto mensual es necesario. Su ingreso neto mensual es su ingreso bruto ganado recibido cada mes menos algunas deducciones requeridas (tales como impuestos o deducción para primas de seguro de salud) y su ingreso no ganado que es la cantidad de cualquier beneficio recibido, tal como SSI o Seguro Social.

El ingreso neto total recibido por mes por todos los miembros de mi familia es: $_____

PARA MEDICAID

Una determinación preliminaria de su elegibilidad para Medicaid será hecha en base a la siguiente información. Se requiere la verificación de su ingreso como parte de su aplicación para Medicaid.

¿Recibe usted beneficios de Seguro Social o SSI por la incapacidad? ☐ Sí ☐ No

Indique de su familia:

Ingreso Mensual Bruto Ganado: **$**_____

Ingreso Mensual Bruto No-ganado: **$**_____

Dinero en efectivo, dinero en el banco u otros bienes activos de usted o cualquier miembro de su hogar: **$**_____

¿QUE OTRA AYUDA NECESITA USTED?

☐ Asistencia con Dinero ☐ Ayuda con el Cuidado de Niños ☐ Asistencia para Cupones para Alimento

☐ Otro *(Espécifique)*:_____

SECCIÓN III -- INFORMACIÓN DEL SEGURO

1. **Cobertura de Seguro de Salud Privado**

¿Está usted registrado en un plan de salud privado que paga por sus recetas? ☐ Sí ☐ No

Si contesta Sí, provea la información de abajo.

Nombre de la Compañía de Seguro_____

Dirección de la Compañia de Seguro_____

Número de la Póliza_____ Número del Grupo_____

Fecha Efectiva de la Póliza: Comienza_____ Termina_____

Si es diferente, Nombre del Poseedor de la Póliza_____

Parentesco con el Cliente_____

Favor de adjuntar una copia de su tarjeta de seguro médico (frente y atrás) con esta solicitud. Si su póliza de seguro se termina, por favor contacte la oficina de CADAP inmediatamente y someta la carta de la terminación de la póliza a la oficina de CADAP lo más pronto possible.

2. **Beneficios de Medicare**

¿Recibe usted Beneficios de Medicare? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, cual es el Número de Reclamación de Medicare_____

Favor de adjuntar una copia de su tarjeta de Medicare (frente y atrás) con esta solicitud.

3. **Los beneficios del cuidado de salud del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)**

¿Es usted veterano? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, ¿recibe usted beneficios médicos V.A.? ☐ Sí ☐ No

Si es no, ha servido usted en servicio activo por más de 180 días con la fuerza aérea "Air Force", el ejército "Army", el servicio costanero "Coast Guard", la infanteria de marina "Marines", la marina "Navy" (regular o reservista), o la guardia nacional "National Guard"? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, su licenciamiento fue:

☐ Honorable ☐ General ☐ Deshonroso ☐ Mal Comportamiento
☐ Indeseable

¿Se registró usted por primera vez después del 7 de septiembre, 1980? ☐ Sí ☐ No

¿Por cuanto tiempo servió usted en servicio activo? ☐ Más de 2 años ☐ Menos de 2 años

☐ Soy veterano, pero no califico para beneficios médicos de V.A.. **Adjunto está mi carta de denegación de beneficios de V.A.**

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN

Por lo presente yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales (Departamento) para utilizar y revelar los archivos en su posesión ***que tienen información confidencial relevante a HIV (SIDA), como está especificada en sección 19a-585 de los Estatutos Generales de Connecticut,*** *que indican que* _____, *un*
(Imprimir Nombre del Cliente/Solicitante)
cliente o solicitante del Programa de Asistencia de Medicamento para SIDA de Connecticut (CADAP), tiene infección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), enfermedad relacionada al HIV o sindrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA), a empleados y agentes del Departamento, CADAP/pagadores de reclamaciones de farmacia Medicaid, aseguradores de salud, proveedores de servicios sociales o medico y auditores, para propósitos asociados con la administración de CADAP y los otros programas administrados por el Departamento.

Esta autorización es válida por la duración de cualquieras funciones relacionadas a la operación de CADAP y los otros programas del Departamento.

_____ _____
Fecha Firmada Firma del cliente o solicitante de CADAP

o

_____ _____
Fecha Firmada Firma de guardián legal del cliente o solicitante de CADAP

o

_____ _____
Fecha Firmada Firma de persona autorizada a consentir cuidado de salud para el cliente o solicitante de CADAP

SECCIÓN IV -- FIRMA

- Yo entiendo esta solicitud y afirmo que las contestaciones dadas son verdaderas en lo mejor de mi conocimiento.
- Yo entiendo que la información en esta solicitud está sujeta a verificación por el Estado. Yo puedo estar sujeto(a) a penalidades por falsa declaración como se específica en el Estatuto General de Connecticut Sección 53a-157b y 17b-97 y a penalidades por hurto como se específica en la Sección 53a-122, 53a-123 y 53a-124. Yo también puedo estar sujeto(a) a penalidades por perjurio bajo la Ley Federal.
- Yo entiendo que al recibir ayuda médica, permito al estado a recuperar el costo de mis cuentas médicas que podían haber sido cubiertos por otro seguro directamente de la compañía de seguro.

_____ _____
Firma del Solicitante o Cliente Fecha

_____ _____
Firma del Representante Autorizado Fecha

SECCIÓN V -- INFORMACIÓN MÉDICA

Está sección debe ser completada en totalidad por el médico del solicitante.

I certify that I have prescribed drug(s) to treat HIV disease or prevent serious deterioration of health arising from HIV disease, including measures for the prevention and treatment of opportunistic infections for

_____
(name of patient)

who is/has:

☐ HIV Infection only ☐ HIV Positive Symptomatic ☐ CDC Defined AIDS

_____ _____
Physician's Signature Date

_____
Address

_____ _____
Physician's Printed Name Physician's License Number

Favor de enviar por correo la solicitud completada y firmada a: Department of Social Services, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033, Attn: Medical Operations Unit #4, Telephone Number: 1-800-233-2503

CADAP STAFF

Initial Application_____ Reapplication_____

Client ID No._____ Region_____

Medicaid/SAGA/GA	**AU NO.**	**DATE**
Name Not Found on Elig. File	_____	_____
Granted Medicaid	_____	_____
Granted SAGA	_____	_____
Granted GA	_____	_____
Spenddown ☐ Active Med.	_____	_____
☐ Not Active Med.	_____	_____
Pending	_____	_____
Denied	_____	_____
Closed	_____	_____
Other Department Programs	_____	_____

CADAP Eligibility Determination

☐ Eligible - Effective Date:_____
☐ Not Eligible

Worker Name:_____ Date:_____

Explanation:_____

REGIONAL OFFICE STAFF

Date Received:_____ Region:_____

Worker Name:_____ Worker ID:_____

Medicaid/SAGA Eligibility

When a determination is made notify the Central Office CADAP unit by completing the section below and returning a copy of this application form to the C.O. CADAP Unit.

If you have any questions please contact the C.O. CADAP Unit at 1-800-233-2503.

	Medicaid	**SAGA**		
Granted	☐	☐	Effective Date:_____	
Denied	☐	☐	Date:_____	Reason Code_____
			Effective Date:_____	
Spenddown Not Active Medicaid	☐	☐	Effective Date:_____	

Publication Number 12S, Revised August 2003