

Wniosek i wskazówki w zakresie programów opieki dla osób nieubezpieczonych

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
AIDS Institute
Uninsured Care Programs
Empire Station, P.O. Box 2052
Albany, NY 12220
1-800-542-2437 lub 1-844-682-4058

Leki (ADAP)
ADAP Plus (podstawowa opieka zdrowotna)
Program opieki domowej
Przedłużenie ubezpieczenia ADAP Plus (APIC)
Program wsparcia profilaktyki przedekspozycyjnej (PeEP-AP)

Informacje ogólne

Institut AIDS Wydziału Zdrowia stanu Nowy Jork oferuje mieszkańcom stanu Nowy Jork, którzy nie mają ubezpieczenia lub jest ono niewystarczające, pięć programów umożliwiających dostęp do opieki zdrowotnej (ADAP, podstawowa opieka zdrowotna, opieka domowa, APIC i PrEP-AP). W tych programach obowiązuje jeden formularz wniosku i taki sam proces rejestracji. W programach opieki domowej i APIC wymagane są dodatkowe formularze.

Program ADAP finansuje leki na HIV/AIDS i zakażenia oportunistyczne. Program ADAP pomaga osobom nieubezpieczonym, posiadającym ubezpieczenie częściowe bądź ubezpieczenie Medicaid dla osób przekraczających kryterium dochodu (Spent-Down/Surplus) lub Medicare Część D.

Program ADAP Plus (podstawowa opieka zdrowotna) finansuje usługi podstawowej opieki ambulatoryjnej świadczone

przez uczestniczące w nim przychodnie, szpitale, laboratoria i prywatne gabinety.

Program opieki domowej finansuje zlecone przez lekarza usługi opieki domowej dla osób wymagających stałej opieki medycznej. Program obejmuje usługi świadczone przez zarejestrowane agencje opieki domowej.

Program przedłużenia ubezpieczenia ADAP Plus (APIC) finansuje koszty składek na ekonomiczne ubezpieczenie zdrowotne kwalifikujących się do niego uczestników.

Program wsparcia profilaktyki przedekspozycyjnej (PeEP-AP) finansuje usługi ambulatoryjne dla kwalifikujących się do niego uczestników w zakresie opieki i monitorowania, które są niezbędne do skutecznego stosowania profilaktyki przedekspozycyjnej w celu zapobiegania zakażeniom HIV.

Oświadczenie o zachowaniu poufności w programach opieki dla osób nieubezpieczonych

Zgodnie z prawem stanu Nowy Jork w związku z programami informacje dotyczące HIV udostępnione w związku z programami opieki dla nieubezpieczonych są ściśle poufne. Tego typu informacje (tzn. informacja o tym, że jest się uczestnikiem programu) mogą zostać przekazane stronom odpowiedzialnym za prawidłowe zarządzanie programami. Są to osoby i organizacje, z którymi pracownicy programów muszą omówić wniosek i/lub uczestnictwo w celu określenia kwalifikacji, zapłaty za usługi lub leki objęte programami, ewentualnie właściwego rozliczenia wydanych funduszy. Pracownicy programów mają świadomość potrzeb uczestników w odniesieniu do zachowania poufności i ochrony prywatności i będą ujawniać dane osobowe jedynie w zakresie niezbędnym do zarządzania programami.

Poniżej przedstawiono przykłady, które pozwolą zrozumieć kwestię zachowania poufności i warunki uczestnictwa w programach:

- Pracownicy programów **NIE** kontaktują się bez wyraźnej zgody uczestnika z pracodawcą, właścicielem mieszkania, rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami i innymi osobami ani w związku z wnioskiem, ani w sprawie udziałów w programach.
- Pracownicy programów mogą skontaktować się z lekarzem lub pracownikiem służby zdrowia w celu uzyskania dodatkowych danych lub wyjaśnienia informacji wymaganych w formularzu kwalifikacji medycznej.
- Pracownicy programów potwierdzą w aptece lub u dostawcy usług medycznych, że uczestnik jest zarejestrowany w programie i opłaca objęte nim usługi lub leki, jeżeli uczestnik okaże w aptece lub przychodni kartę członkowską, zawierającą jego imię, nazwisko i numer identyfikacyjny.

- Pracownicy programów będą omawiać wnioski osób przebywających w zakładach karnych z upoważnionymi pracownikami jednostek ds. zwolnień warunkowych lub zakładów poprawczych, jeśli jest to konieczne do zapisania się do programu.

Można pisemnie wskazać pracownikom programów osobę, z którą powinni się skontaktować, jeśli nie ma możliwości bezpośredniego kontaktu z uczestnikiem w celu uzyskania informacji (np. pracownik socjalny, który pomaga złożyć wniosek do programu, zaufany przyjaciel lub członek rodziny).

Programy opieki dla osób nieubezpieczonych są płatnikiem ostatecznym i skontaktują się z towarzystwem ubezpieczeniowym lub innym płatnikiem zewnętrznym, który zwróci programowi ADAP koszty leków dostarczonych w ramach programu. Jest to niezbędne do tego, by program ADAP mógł odzyskać fundusze wykorzystywane do rozszerzenia programu na nowe leki/usługi i większą liczbę osób.

Warunki te obowiązują od daty złożenia wniosku do czasu zakończenia programu, włączając w to okres potrzebny do zakończenia wszelkich procedur zwrotu kosztów przez osobę trzecią za leki lub usługi dostarczone w ramach programu. Uczestnictwo w programie można zakończyć w dowolnym momencie, składając pisemne oświadczenie.

Oświadczenie o zachowaniu poufności w programach można znaleźć pod adresem:

<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

W razie pytań prosimy zadzwonić pod numer **1-800-542-2437** lub **1-844-682-4058**.

WSZYSTKIE INFORMACJE PODAWANE PRACOWNIKOM PROGRAMÓW SĄ UTRZYMYWANE W ŚCISŁEJ POUFNOŚCI.

Wskazówki dotyczące wypełniania wniosku

Podstawą kwalifikacji do programu są potrzeby finansowe i medyczne. Oprócz kompletnego wniosku wymagana jest dokumentacja potwierdzająca miejsce zamieszkania i dochody. Lekarz musi osobno przesłać wniosek medyczny.

Po zatwierdzeniu uczestnika wydana zostanie karta uczestnictwa wraz z instrukcją jej używania. Kartę i receptę należy okazać w uczestniczącej w programie aptece, aby bezpłatnie otrzymywać objęte programem leki. Kartę należy okazać uczestniczącym w programie dostawcom usług, aby móc skorzystać z bezpłatnej opieki medycznej. Osoby, które tego potrzebują, uzyskują bezpłatną opiekę domową od zarejestrowanej w programie agencji opieki domowej (maksymalna kwota świadczenia przez całe życie – 30 tys. USD).

A. Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko

Wpisać pełne imię i nazwisko, numer ubezpieczenia społecznego i datę urodzenia. Jeżeli uczestnik programu używa innego imienia lub nazwiska, należy je wpisać w odpowiednim miejscu i wskazać, które z nich mają być wydrukowane na karcie. Imię i nazwisko, które ma znaleźć się na karcie, musi odpowiadać tym, które lekarz wpisuje na recepcie.

Adres

Wymagany jest dowód zamieszkania w stanie Nowy Jork. Miejsce zamieszkania można udokumentować za pomocą kopii JEDNEGO z poniższych dokumentów (zawierającego nazwisko i adres). Osoby korzystające ze skrytki pocztowej muszą podać swój adres domowy, aby potwierdzić, że mieszkają w stanie Nowy Jork.

- Paski wynagrodzenia lub wyciąg z konta bankowego z nazwiskiem i adresem (z ostatnich 90 dni)
- Aktualna decyzja z Medicaid
- Rachunek za opał/media (z ostatnich 90 dni)
- Rachunek za telefon (z ostatnich 90 dni)
- Rachunek za wynajem (z ostatnich 90 dni)

W przypadku osób, które współdzielą z kimś mieszkanie i żaden z powyższych dokumentów nie jest wystawiany na ich nazwisko, potrzebujemy dowodu zamieszkania osoby współdzielącej mieszkanie oraz oświadczenia, że mieszka ona z wnioskodawcą.

Płeć / rasa / pochodzenie etniczne / język

Zaznaczyć swoją płeć, rasę, pochodzenie etniczne i preferencje językowe.

B. Ubezpieczenie zdrowotne

Programy udzielają pomocy osobom, które posiadają ubezpieczenie, ale mają trudności z opłaceniem wkładu własnego, współpłaty, nadwyżki dochodowej w Medicaid i innych kosztów własnych. Załączyć kopię przedniej i tylnej strony wszystkich innych kart ubezpieczeniowych.

Medicaid

Podać swój status Medicaid lub fakt złożenia wniosku o Medicaid. W razie korzystania z programu Medicaid dla osób przekraczających kryterium dochodu wpisać kwotę nadwyżki w pustym polu.

Medicare

Wskazać, czy korzysta się z Medicare, a jeśli tak, to z jakiego typu – A, B, C czy D.

Ubezpieczenie zdrowotne

Konieczne odpowiedzieć na wszystkie pytania dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego. W razie trudności z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne prosimy zadzwonić pod numer **1-800-542-2437** lub **1-844-682-4058** bądź wypełnić wniosek do programu APIC (formularz numer DOH-2794c), który można znaleźć pod adresem

<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

C. Dochód wnioskodawcy i członków gospodarstwa domowego

Warunki mieszkaniowe

Zaznaczyć pole, które opisuje warunki mieszkaniowe wnioskodawcy.

Członkowie gospodarstwa domowego

Wpisać wszystkich członków gospodarstwa domowego. Każdy, kto jest prawnie odpowiedzialny przed wnioskodawcą lub za niego, jest uważany za członka gospodarstwa domowego. Obejmuje to współmałżonka i dzieci poniżej 21. roku życia lub rodzica i rodzeństwo, jeżeli wnioskodawca nie ukończył jeszcze 21 lat.

Kryterium finansowe

Kryterium finansowe opiera się na kwocie wynoszącej 500% federalnego poziomu ubóstwa (Federal Poverty Level, FPL). Kwota FPL różni się w zależności od wielkości gospodarstwa domowego i jest aktualizowana co roku. Kryterium finansowe oblicza się jako dostępny dla gospodarstwa domowego dochód brutto pomniejszony o potrącenie na poczet Medicare lub ubezpieczenia społecznego oraz koszty ubezpieczenia zdrowotnego pokrywane przez wnioskodawcę.

Źródło dochodu

Wymienić wszystkie źródła dochodu wnioskodawcy i członków gospodarstwa domowego. Jest to dochód tylko tych członków gospodarstwa domowego, z którymi wnioskodawcę łączy odpowiedzialność prawna (np. współmałżonek lub dziecko, ale nie wujek, kuzyn lub współlokator). Dla każdego źródła należy podać kwotę brutto (przed opodatkowaniem) oraz informację, jak często otrzymywany jest dany dochód, a także czy jest to dochód wnioskodawcy, czy członka gospodarstwa domowego. Jeżeli dany członek gospodarstwa domowego nie osiąga dochodu, należy uwzględnić to w części dotyczącej dochodu. Wymagany jest dowód uzyskiwania dochodu. Dla każdego wymienionego źródła dochodu należy załączyć odpowiednią dokumentację. Rodzaje źródeł dochodu to: pensja (pełny lub niepełny wymiar czasu pracy), samozatrudnienie, bezrobocie, odszkodowanie pracownicze, pomoc publiczna, SSI (dodatkowy dochód z ubezpieczenia społecznego), SSD (świadczenia inwalidzkie),

emerytura z ubezpieczenia społecznego, renta, świadczenia kombatanckie, alimenty / alimenty na dzieci, odsetki/dywidendy/tantiemy, wynajem nieruchomości, inne (wymienić), brak dochodu i życie z oszczędności.

Pracownicy zarabiający pensję

Dochód należy udokumentować kopiami pasków wynagrodzenia ostatnich 30 dni. Pasek wynagrodzenia musi zawierać kwotę wynagrodzenia z bieżącego roku, liczbę przepracowanych godzin, wszelkie potrącenia i okres, jakiego dotyczy. Jeśli nie można uzyskać paska wynagrodzenia, należy przesłać do nas pismo od pracodawcy z informacją o rocznym wynagrodzeniu brutto oraz kopię ostatniego rozliczenia podatku dochodowego. (Program nie musi być adresatem pisma. Wystarczy zaadresować je „do wszystkich zainteresowanych”).

Osoby samozatrudnione / dochód z wynajmu

Należy dostarczyć ostatnie rozliczenie podatku dochodowego oraz oświadczenie o przewidywanym bieżącym rocznym dochodzie.

Inny dochód

Jako dowód innego rodzaju dochodów należy przesłać kopie aktualnych pism lub czeków przyznających świadczenia inwalidzkie / dodatkowy dochód z ubezpieczenia społecznego, czeków dla bezrobotnych, czeków emerytalnych itp.

Brak dochodu

Jeśli wnioskodawca nie osiąga żadnych dochodów i jest wspierany przez przyjaciela lub członka rodziny, należy dostarczyć pismo od tego przyjaciela lub członka rodziny, w którym określi on, w jaki sposób wspiera wnioskodawcę.

Życie z oszczędności

Przesłać kopię wyciągu z rachunku oszczędnościowego.

E. Inne osoby do kontaktu

Tutaj należy wymienić osoby, z którymi pracownicy programu będą mogli porozmawiać. Prosimy o zapoznanie się z oświadczeniem o zachowaniu poufności, w którym opisano, z kim możemy się kontaktować w związku ze złożeniem przez daną osobę wniosku i jej uczestnictwem w programie.

F. Oświadczenie i podpis

Dokładnie przeczytać oświadczenie, podpisać wniosek i wpisać datę. Nie możemy rozpatrzyć wniosku, jeśli nie jest podpisany. Wykonać kopię wniosku i wszystkich dokumentów do własnej dokumentacji.

Problemy lub pytania

W przypadku problemów z wypełnieniem wniosku, pytań dotyczących programów opieki dla osób nieubezpieczonych lub wymaganej dokumentacji prosimy o kontakt telefoniczny pod bezpłatnym numerem: **1-800-542-2437** lub **1-844-682-4058**, lub zapoznanie się z treścią dokumentu zawierającego najczęściej zadawane pytania (Frequently Asked Questions) na stronie <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

Niniejszy wniosek służy do oceny spełniania kryteriów programu pomocy w zakresie leków na AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), programu ADAP Plus (podstawowa opieka zdrowotna), programu opieki domowej dla osób zakażonych wirusem HIV (HIV Home Care), programu przedłużenia ubezpieczenia ADAP Plus (ADAP Plus Insurance Continuation, APIC) oraz programu wsparcia profilaktyki przedekspozycyjnej (Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program, PeEP-AP). Dla programów opieki domowej i kontynuacji ubezpieczenia ADAP Plus potrzebne są dodatkowe dokumenty. W razie jakichkolwiek pytań dotyczących programów lub wypełniania niniejszego wniosku prosimy o kontakt z naszą infolinią gwarantującą poufność pod numerem **1-800-542-2437** lub **1-844-682-4058**.

WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA. PISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI.**A. Dane wnioskodawcy**

Nazwisko _____ Imię _____ Inicjał drugiego imienia _____

Inne używane imiona _____

Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok) _____ Numer ubezpieczenia społecznego _____

Adres *Wymagany dowód zamieszkania.*

Ulica _____ Nr mieszkania _____

Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Czy informacje dotyczące programu mają być wysyłane na podany adres? Tak Nie *Jeśli nie – podać powód i wskazać inny adres.***Nr telefonu**

Główny nr tel. (____) _____ Dodatkowy nr tel. (____) _____

Czy możemy zostawiać wiadomości? Tak Nie**Płeć** *Zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi:* Kobieta Mężczyzna Osoba transpłciowa Osoba niebinarna**Rasa** Biała Czarna/Afroamerykanin Rdzenny Amerykanin / rdzenny mieszkaniec Alaski*Azjatycka:* Hindus/Hinduska Chińczyk/Chinka Filipińczyk/Filipinka Japończyk/Japonka Koreańczyk/Koreanka Wietnamczyk/Wietnamka Azjata/Azjatka innej narodowości*Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku:* Rdzenny mieszkaniec Hawajów Guamczyk/Guamka lub Czamorro Samoańczyk/Samoanka Mieszkaniec innych wysp Pacyfiku Więcej niż jedna rasa Inna _____**Pochodzenie etniczne** Nielatynoskie*Latynoskie:* Meksykanin/Meksykanka, Meksykanin-Amerykanin / Meksykanka-Amerykanka, Chicano/Chicana Portorykańczyk/Portorykanka Kubańczyk/Kubanka Inna narodowość latynoska lub hiszpańska**Preferowany język** Angielski Hiszpański Inny _____Czy potrzebne są usługi tłumaczeniowe? Tak Nie**Stan cywilny** Kawaler/panna Po ślubie, mieszkanie ze współmałżonkiem Po ślubie, mieszkanie bez współmałżonka**B. Ubezpieczenie zdrowotne**

Czy wnioskodawca posiada inne ubezpieczenie zdrowotne? (polisa prywatna, HMO, plan związkowy, emerytalny, Medicare lub inny)

 Tak NieJeśli Medicare – jakiego typu? A: Pobyt w szpitalu B: Podstawowa opieka C: Plan Medicare Advantage D: Leki na receptęCzy wnioskodawca opłaca składki na ubezpieczenie zdrowotne? Tak Nie*Jeżeli wnioskodawca jest ubezpieczony, prosimy o uzyskanie i przesłanie kopii przedniej i tylnej strony karty ubezpieczeniowej.**Aby dowiedzieć się, jak uzyskać pomoc w opłaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne, należy zadzwonić do programu pod numer 1-800-542-2437 lub 1-844-682-4058.***Medicaid**

Jeżeli wnioskodawca przekracza kryterium dochodu w Medicaid, podać wysokość nadwyżki w USD: _____

Jeżeli odmówiono przyznania Medicaid, podać przyczynę: _____

C. Dochód wnioskodawcy i członków gospodarstwa domowego *Wymagany jest dowód uzyskiwania dochodu.*

Mieszkam w pojedynkę Mieszkam z innymi osobami Bezdomny/schronisko Zwolnienie z więzienia

Wymienić oddzielnie wszystkie źródła dochodu wnioskodawcy i członków gospodarstwa domowego.

Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego*	Data urodzenia	Relacja Wnioskodawca
Źródło dochodu	Kwota brutto	Wypłata co <input type="checkbox"/> Tydzień <input type="checkbox"/> Dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Miesiąc <input type="checkbox"/> Rok
Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego*	Data urodzenia	Relacja
Źródło dochodu	Kwota brutto	Wypłata co <input type="checkbox"/> Tydzień <input type="checkbox"/> Dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Miesiąc <input type="checkbox"/> Rok
Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego*	Data urodzenia	Relacja
Źródło dochodu	Kwota brutto	Wypłata co <input type="checkbox"/> Tydzień <input type="checkbox"/> Dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Miesiąc <input type="checkbox"/> Rok
Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego*	Data urodzenia	Relacja
Źródło dochodu	Kwota brutto	Wypłata co <input type="checkbox"/> Tydzień <input type="checkbox"/> Dwa tygodnie <input type="checkbox"/> Miesiąc <input type="checkbox"/> Rok

**Jeśli wnioskodawca życzy sobie, abyśmy porozmawiali z któryś z wymienionych członków gospodarstwa domowego, musi wpisać jego imię i nazwisko w części D jako osobę do kontaktu.*

D. Osoby do kontaktu

Podpisując niniejszy wniosek, upoważniam programy opieki dla osób nieubezpieczonych do rozmowy z następującymi osobami na temat mojego wniosku

(np. pracownik socjalny, kierownik sprawy, członek rodziny):

Imię i nazwisko	Organizacja	Relacja	Nr tel.
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____

E. Oświadczenie i podpis

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne oraz że jestem mieszkańcem stanu Nowy Jork. Przyjmuję do wiadomości, że:

Informacje te podawane są w związku z otrzymywaniem funduszy federalnych od stanu Nowy Jork. Pracownicy programu zweryfikują informacje zawarte w tym formularzu. Pracownicy programu mogą okresowo sprawdzać mój status w Medicaid i w razie potrzeby wystawiać rachunki Medicaid.

W przypadku świadomego podania nieprawdziwych informacji w niniejszym wniosku może być wymagany zwrot kosztów udzielonych mi świadczeń oraz mogę podlegać odpowiedzialności karnej na mocy stosownych ustaw stanowych i federalnych.

Niniejszym ubiegam się o świadczenia w ramach programów opieki dla osób nieubezpieczonych i wyrażam zgodę na wykorzystanie i ujawnienie moich informacji w niezbędnym zakresie dla celów mojego leczenia, płatności za usługi opieki zdrowotnej, płatności składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz dla działań związanych z opieką zdrowotną w ramach programu.

Podpis Wnioskodawcy (lub opiekuna prawnego, jeśli Wnioskodawca jest niepełnoletni)

Data

**Zachować kopię formularza do własnej dokumentacji, a oryginał wraz z dokumentacją uzupełniającą przesłać na adres:
UNINSURED CARE PROGRAMS, EMPIRE STATION, P.O. BOX 2052, ALBANY, NY 12220-0052**