

ADAP Plus Insurance Continuation (APIC) Aplicación

La Continuación de Seguro (APIC) es uno de los servicios ofrecido por el Estado de Nueva York Uninsured Care Programs. El propósito del programa de APIC es pagar pólizas de seguro médico en nombre de los participantes elegibles de ADAP. **Si usted tiene cualquier pregunta sobre esta aplicación, por favor llame a nuestra línea telefónica al 1-800-542-2437.**

REQUISITOS PARA EL PROGRAMA APIC:

- Si usted no es participante de ADAP, debe completar la aplicación para el Uninsured Care Programs (ADAP). (Forma DOH2794)
- Usted debe reunir todos los requisitos de elegibilidad para ADAP: residente del Estado de Nueva York, cierto criterio médico, ingreso y recursos económicos.
- Usted está pagando, ó necesitará pagar la póliza de su seguro médico y no puede cubrir el costo.
- Su póliza tiene cobertura total para medicamentos y servicio médico.

LOS TIPOS DE PÓLIZAS DE SEGURO QUE ESTAN CUBIERTOS:

- **COBRA** - COBRA es una extensión del seguro de salud a través de su empleo anterior, donde la persona paga el costo total de su póliza para continuar su seguro.
- **PAGO DIRECTO** – Una póliza de seguro que compró directamente a la Compañía de Seguro.
- **MEDICARE PARTE D (MEDICARE PART D)** – La póliza de seguro para medicamentos que alguien recibe con Medicare Parte D al inscribirse por medio del Estado. APIC solo puede asistirle con el pago cuando es facturado directamente al participante, no calificará para el programa de APIC si es deducido en el cheque del Seguro Social.

Por favor revise y complete toda la aplicación ó el proceso se puede demorar.

A. SU INFORMACIÓN:

B. INFORMACIÓN DEL POSEEDOR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE):

Su Nombre:	Nombre:
Número de ADAP (Si es Aplicable):	Relación:
Dirección por Correo:	Dirección por Correo:
Número de Seguro Social: - -	Número de Seguro Social: - -
Fecha de Nacimiento: / /	Fecha de Nacimiento: / /
Teléfono de día: () -	Teléfono de día: () -
Otro Teléfono: () -	Otro Teléfono: () -
Contacto alternativo: <small>(La persona con quien podamos comunicarnos en su nombre – Miembro Familiar, Amigo, Trabajador Social)</small>	Relación: No. Teléfono: () -

C. INFORMACIÓN ANTECEDENTE:

1) ¿Está usted actualmente empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si está empleado, envíe información reciente de ingreso. (por ejemplo su ultimo talonario de pago) Si no está empleado, envíe documentación de sustento. (por ejemplo beneficios de desempleo, la carta de SSD ó una carta de cómo usted se sostiene)
2) ¿Usted tiene actualmente Seguro de Salud a través de su trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, su empleador debe contribuir no menos del 50% del costo. <input type="checkbox"/> Sí (Necesitamos Prueba – ejemplo una carta de su trabajo) <input type="checkbox"/> No
3) ¿Es ésta una Póliza de COBRA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es COBRA, usted debe enviar una copia de los papeles de COBRA que usted recibió de su patrón.
4) ¿Es ésta una Póliza de Pago Directo? (Individual ó de Familia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es de pago directo, usted debe incluir una copia de su más reciente factura con la cantidad que debe actualmente pagarse.
5) ¿Es ésta una Póliza de Medicare Parte D? (Seguro para medicamentos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es Medicare Parte D, usted debe incluir una copia de su más reciente factura con la cantidad que debe actualmente pagarse.

D. INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO: Por favor obtenga y envíe una copia del frente y la parte de atrás de su tarjeta de seguro.

Nombre de la Compañía de Seguro:	Fecha vigente de la Póliza: / /
Dirección:	Número de la Póliza
Nombre del Representante del Seguro:	Número de grupo:
	Teléfono para Servicios al cliente:() -

E. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO: La información de pago dependerá en el tipo de Plan del Seguro.

- El pago de COBRA frecuentemente no se envía directamente a la compañía de seguro. Por favor contacte a su patrón ó administrador de beneficios para determinar donde el pago debe enviarse (esto es si la información no está en la carta de COBRA). **Envíenos una copia de la solicitud de COBRA.**
- Para el Pago Directo, **Envíenos su más reciente factura donde muestra la cantidad actual que debe pagarse.**
- Para Deducción de Nómina, la información que necesitamos es el nombre del empleador, dirección, nombre de la persona y No. de teléfono al cual podamos llamar para verificar el pago del seguro. **Envíenos una copia de su mas reciente talonario de pago.**

Nombre de la compañía:	Persona de contacto:
Dirección de la compañía:	Teléfono : () -
# de Impuesto Federal de la compañía:	Los pagos son: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral
Cantidad a pagar: \$	<input type="checkbox"/> Otro:
	Fecha de su pago: / /

**Usted necesitará llamar a su Compañía de Seguro para completar lo Siguiete
INFORMACIÓN DE BENEFICIO DE PÓLIZA:**

F. COBERTURA DE CUIDADO PRIMARIO El Nombre de la Compañía de seguro:

¿Usted tiene co-pagos para las visitas a su Doctor ó clínicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si tiene, cuanto es? ¿Si no, cual es su beneficio?	\$ _____ El porcentaje: _____% Gastos de su bolsillo: \$ _____ Máx. de por vida: _____
¿Usted tiene un deducible anual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si tiene, cuanto es?	\$ _____
¿Usted tiene beneficios fuera-de-red?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si tiene, cuanto es?	\$ _____

G. COBERTURA PARA RECETAS Nombre del Portador:

¿Usted tiene co-pagos para su receta en la farmacia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si tiene, cuanto es?	Genérico = \$ _____ Marca preferida = \$ _____ Marca no-preferida = \$ _____
¿La compañía de su seguro sólo cubre un porcentaje de sus recetas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si cubre, que porcentaje es?	_____ %
¿Usted tiene un deducible anual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si tiene, cuanto es?	\$ _____
¿Puede usted ordenar sus medicamentos por medio del correo? (suministro de 3 mes)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto son los co-pagos?	Genérico = \$ _____ Marca preferida = \$ _____ Marca Non-preferida = \$ _____
Si es así. ¿Están todos sus medicamentos cubiertos por medio de este servicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿Qué excluye?	_____
¿Su Plan de Prescripción tiene un máximo anual en su cobertura?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si tiene, cual es la cantidad?	\$ _____ <input type="checkbox"/> Máximo Anual <input type="checkbox"/> Máximo de por Vida

Yo certifico que la información anterior es verdad y precisa en lo mejor de mi conocimiento y yo entiendo lo siguiente:

- Esta información está dispuesta en vínculo con los ingresos de fondos federales por el Estado de Nueva York.
- Oficiales del Programa verificarán la información en esta forma.
- Si deliberadamente falsifique la información en esta aplicación ó en el Uninsured Care Program (ADAP), se me exigirá el reembolso de beneficios que me proporcionaron y podría ser demandado bajo las leyes Federales y Estatales correspondientes.

Yo autorizo al Departamento de Salud del Estado de Nueva York, Uninsured Care Programs, para obtener cualquier información de los individuos ó compañías que yo he indicado en esta forma (solicitud) con respecto a mi seguro de salud privado, incluso la información sobre la dirección del portador, beneficios cubiertos y el estado de mi póliza que se usará para determinar si el Departamento pagará los Premios de mi Seguro de Salud.

La presente es para solicitar beneficios bajo el Uninsured Care Programs y consiento que mi información sea utilizada y revelada cuando sea necesario con el propósito de mi tratamiento, para el pago de servicios por el cuidado de salud, el pago de premios por el cuidado de salud y para los funcionamientos del Uninsured Care Programs.

FIRME Y FECHA ESTE FORMULARIO: (Si usted no es el poseedor de la póliza, usted y el poseedor de la póliza necesitan firmar y fechar este formulario.)

Firma de Solicitante (o tutor porque es incapaz de firmar) _____ Fecha _____ Firma de la reposeedor de la Póliza (si es diferente) _____ Fecha _____

Guardé una copia de este formulario para sus archivos y mande por correo el formulario original y toda la documentación a:

Uninsured Care Programs, Empire Station, PO BOX 2052, Albany, NY 12220-0052

Si usted tiene alguna pregunta y/o necesita más información por favor llámenos al 1-800-542-2437 entre 8:00 AM y 5:00 PM de lunes a viernes.