



SOLICITUD DE ASISTENCIA DE MEDICACIÓN

Texas HIV Medication Program (THMP)
 ATTN: MSJA - MC 1873
 PO Box 149347, Austin, TX 78714-9347
 1-800-255-1090

- Escriba claramente en letra de molde y conteste todas las preguntas
- Para pedir ayuda con esta solicitud, llame al 1-800-255-1090
- Envíe por correo postal la solicitud llena con copias de la documentación de apoyo al domicilio indicado arriba
- No mande documentos originales ya que estos no se devolverán
- Encontrará instrucciones detalladas en www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds o llamando al 1-800-255-1090

SECCIÓN I – INFORMACIÓN PERSONAL

1. Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Sufijo (Jr., Sr., III)	
2. Número del Seguro Social:		3. Sexo			4. Si es usted mujer, ¿está embarazada?		
5. Fecha de nacimiento:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero: de masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero: de femenino a masculino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que dará a luz: / /		
6. Raza (marque todo lo que corresponda)				7. Origen étnico (marque lo que mejor lo describa)			
<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática/isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> India americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Otra/se desconoce				<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano			
8. Domicilio – (no ponga apartados postales ni rutas rurales)						Número de apartamento	
Ciudad		Estado			Código postal		
<i>Si desea que se le envíe el correo postal a otro lugar distinto de su domicilio dé un domicilio postal alternativo:</i>							
9. Domicilio postal - (puede poner apartados postales y rutas rurales aquí)						Número de apartamento	
Ciudad		Estado			Código postal		
10. Teléfono en casa (código de área + número)				Teléfono de la oficina/alternativo (código de área + número)			
¿Podemos dejar mensajes en su correo de voz o contestador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Podemos dejar mensajes en su correo de voz o contestador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
11. Para tramitar su solicitud más rápidamente, es posible que necesitemos llamarle para hacerle preguntas adicionales. Si usted no nos puede atender, ¿tiene alguna indicación especial sobre cómo dejarle un mensaje?							
12. ¿Lo liberaron recientemente de la cárcel o prisión, o está encarcelado actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que no, continúe a la siguiente página							
Nombre del centro			Número del TCDJ o SPN			Fecha de liberación (o fecha de liberación anticipada)	
¿Cuanto tiempo estuvo en la cárcel?							

SECCIÓN II – ESTADO CIVIL

13. ¿Cuál es su estado civil actual?

- Soltero(a)
 Viudo(a)
 Divorciado(a), fecha: _____
 Separado(a), fecha: _____ (se requiere una explicación)
 Casado(a) o vive en unión libre (proporcione la información de su cónyuge a continuación)

Si está separado, explique su situación legal actual.

14. Nombre del cónyuge:

Numero de Seguro Social del cónyuge:

Fecha de nacimiento del cónyuge:

¿Está inscrito su cónyuge en este programa?
 Sí No

SECCIÓN III – INFORMACIÓN DEL HOGAR

15. Incluido usted, ¿cuántas personas viven en su casa? _____
 Si el solicitante es menor de 18 años de edad llene la página 9 de la solicitud.

Llene la siguiente tabla para todas las personas que viven en su casa. Entre estos se incluyen los hijos, los cónyuges, los parientes, los amigos y cualquier otra persona que comparta su vivienda.

Nombre	Edad y fecha de nacimiento (Se requiere la fecha de nacimiento para los menores de 18 años de edad)	Relación

16. ¿Recibe asistencia para la vivienda o vivienda subsidiada del HOPWA o la Sección 8? Sí No
(Si contestó que sí, incluya la verificación de la agencia)

17. ¿Hay alguna otra cosa que quiera decirnos sobre su situación de vivienda que nos ayudara a aclarar su solicitud?

Sección IV – INGRESOS, EMPLEO y BENEFICIOS

18. Provea una breve explicación de cómo se mantiene a sí mismo: Por ejemplo: trabajo tiempo completo, recibo beneficios de discapacidad, no trabajo y vivo con un pariente que me provee pensión completa o soy estudiante.

19. Empleo: llene la tabla de situación de empleo. Si no está trabajando, asegúrese de indicar dónde y cuándo trabajó la última vez. Este programa podría verificar sus ingresos por medio de otras fuentes como el Texas Workforce Commission (TWC).

	Solicitante	Cónyuge	Documentación requerida
a. Situación de empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia	Si nunca ha trabajado o es estudiante tiempo completo, explique esto en la sección de arriba o en el espacio provisto al final de la solicitud.
b. Si trabaja, nombre del empleador			- Si tiene más de un trabajo, indique todos los empleadores en la sección de arriba. - Si ha cambiado de trabajo recientemente, indique esto en la sección de arriba. - Provea los talones de cheque de paga de todos los empleos actuales. - Si le pagan en efectivo, haga que su empleador llene el Formulario de verificación de ingresos.
Título laboral			
c. Si está desempleado, ¿dónde trabajó la última vez?			
Fecha de finalización del empleo	/ /	/ /	

20. Ingresos y beneficios: llene la tabla con todos los ingresos recibidos. Informe de sus ingresos brutos mensuales. Los ingresos brutos son la cantidad recibida antes de que le quiten los impuestos o las deducciones. Presente documentación de todos los ingresos.

	\$	\$	
Salario, sueldo, comisiones o propinas	\$	\$	Al menos dos (2) talones de cheque de paga o estados de ganancias actuales consecutivos. Si le pagan semanalmente, se requieren cuatro (4) talones de cheque de paga consecutivos.
Ingresos del trabajo por cuenta propia	\$	\$	
Intereses, dividendos en efectivo o rendimientos del capital mobiliario	\$	\$	Una copia completa de su declaración de impuestos federales del año más reciente. Nótese que conforme al reglamento del IRS, todo aquel que reciba ganancias netas del trabajo por cuenta propia de más de \$400 debe hacer una declaración de impuestos federales del año más reciente. Una copia de su carta de aprobación de beneficios o cualquier documento oficial que muestre la cantidad recibida regularmente.
Beneficios/ingresos de desempleo	\$	\$	
Ingresos del Seguro Social (por jubilación o discapacidad-SSDI)	\$	\$	
Ingresos de Seguridad Suplemental (o SSI)	\$	\$	
Pensión o anualidad de jubilación	\$	\$	
Administración de Veteranos	\$	\$	
Otros beneficios/ingresos de discapacidad	\$	\$	
Estampillas de Alimentos (SNAP)	\$	\$	
Beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (o TANF)	\$	\$	
Pensión alimenticia/manutención de menores	\$	\$	
Otros ingresos (especifique el origen)	\$	\$	Fuente:

Si no informa de ningún ingreso, la persona que lo mantiene debe de llenar la declaración de manutención. Llene la página 7 y preséntela con esta solicitud.

SECCIÓN V – SEGURO MÉDICO

21. ¿Toma actualmente medicinas para el VIH (medicinas antirretrovirales)? Sí No

Si contestó que sí, díganos cómo está obteniendo sus medicinas.

22. ¿Qué tipo de cobertura médica o seguro médico tiene?

Marque todo lo que corresponda. Si tiene una tarjeta, provea una copia del frente y reverso de la tarjeta.

- Seguro médico ofrecido por mi empleador (ejemplos: Blue Cross Blue Shield, Aetna, Humana)
- Seguro médico ofrecido por el empleador de mi cónyuge, padre o madre, o pareja doméstica
- Seguro médico privado que compré solo o que alguien más me ayudó a comprar
- Medicaid (incluidos Star y Star +)
- Programa de Seguro Médico Infantil (o CHIP)
- Medicare (Parte A, Parte B, Parte C o Parte D)
- COBRA -continuación de cobertura médica colectiva que le ofrecen después de dejar un plan del empleador
- Grupo (pool) de alto riesgo (de Texas o federal)
- Beneficios médicos de la Administración de Veteranos
- Programa para el indigente municipal o del condado (ejemplos: MAP, Gold Card, Parkland Plus, Wilco, Carelink)
- Otro: _____
- No tengo cobertura médica ni seguro médico

23. ¿Ha tenido seguro médico antes? Sí No Si contestó que sí, indique el nombre y la fecha en que termino la cobertura.

Nombre del seguro:

Fecha final:

Nombre del seguro:

Fecha final:

Nombre del seguro:

Fecha final:

24. Si actualmente tiene cobertura médica o seguro médico, ¿por qué esta aplicando a este programa?
(Marque **TODO** lo que corresponda y presente documentación adicional del plan de seguro que verifique su situación).

- Mi seguro no cubre las medicinas recetadas.
- Una o más de una de mis medicinas para el VIH/SIDA no las cubre el plan.
- La cobertura se terminará pronto (*especifique la fecha de vencimiento*): _____
- Recibo Medicare y necesito ayuda para pagar los deducibles de las medicinas, los copagos o el coseguro (llene el formulario de inscripción del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (o SPAP))
- Los gastos han sobrepasado o están a punto de sobrepasar el límite de medicinas recetadas anual del plan. Cantidad del límite de medicinas recetadas anual: \$ _____
- El VIH/SIDA es una enfermedad preexistente según mi plan de seguro médico. Especifique la fecha en que se llegará al límite de enfermedad preexistente de su plan de seguro: _____
- Otras limitaciones de cobertura o pago (*especifique*): _____

SECCIÓN VI: INFORMACIÓN ADICIONAL

25. ¿Hay algo que quiera aclarar sobre la solicitud? Use este espacio para proveer cualquier información adicional que podría ayudarle al THMP a tramitar su solicitud. Adjunte páginas adicionales, de ser necesario.

SECCIÓN VII: CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Autorización de revelación de información confidencial: autorizo al o a los siguientes individuos a que hablen con el THMP sobre mi solicitud y mi elegibilidad al programa. Los individuos pueden ser amigos o familiares o pueden ser coordinadores/trabajadores sociales u otros administradores de casos que operen en mi nombre. La autorización tendrá vigencia hasta que la revoque por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento.

Nombre de la persona	Su relación con usted o el nombre de la agencia	Número telefónico

IMPORTANTE – EL SOLICITANTE DEBE FIRMAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN:

- Entiendo que esta solicitud es un documento legal. Con mi firma (1) doy fe de que toda la información dada es verdadera y correcta y (2) autorizo la revelación de mi información médica al Programa de Medicinas para el VIH de Texas (o THMP).
- Entiendo que es mi responsabilidad notificar al THMP de inmediato si mis/nuestros ingresos aumentan; si me/nos mudamos de Texas o si mi/nuestro estado civil, o situación de la casa o del seguro medico cambia.
- Entiendo que el THMP podría solicitar verificación de la información que he provisto para tramitar mi solicitud y también en cualquier momento en un futuro. También entiendo que el trámite de mi solicitud se podría retrasar hasta que se reciba la verificación solicitada.
- Entiendo que el THMP podría verificar la información provista en esta solicitud con recursos de datos puestos a la disposición del programa para propósitos de elegibilidad al programa.
- Entiendo que omitir o dar información falsa deliberadamente podría causar el retiro de los servicios de THMP o que se me procese criminalmente o ambas cosas.
- Entiendo que el THMP se reserva el derecho de limitar las inscripciones dependiendo de fondos disponibles.
- Entiendo que conforme al reglamento del programa se requiere que el THMP recertifique que cumpla los requisitos a fin de seguir recibiendo servicios.

Firma del solicitante	Fecha
Firma del padre (si el solicitante es menor de 18 años de edad)	Fecha

¿Está completa su solicitud?

Si su solicitud no está completa al ser presentada, no podremos determinar si cumple los requisitos.

¿Hizo lo siguiente?

- ¿Contestó todas las preguntas de la solicitud?
- ¿Incluyó su comprobante de residencia en Texas?
- ¿Incluyó su comprobante de ingresos actuales?
- ¿Firmó la solicitud?
- ¿Incluyó el Formulario de certificación médica, llenado y firmado por su doctor?
- ¿Incluyó una copia de ambos lados de su tarjeta de seguro médico e información sobre cómo funciona su cobertura de medicinas recetadas (de ser aplicable)?

¿Necesita incluir algún formulario adicional?

- Si tiene cero ingresos, incluya una declaración de manutención (página 7)
- Si recibe Medicare, incluya el formulario de inscripción del SPAP (página 8)
- Si tiene menos de 18 años de edad, incluya la información de sus padres (página 9)
- Si le pagan en efectivo, incluya el formulario de verificación de ingresos firmado por su empleador (página 10)

Si tiene preguntas llame al THMP al 1-800-255-1090.

Envíe por correo postal todo el material de solicitud a:

Texas Department of State Health Services

Attn: MSJA - MC 1873

PO BOX 149347

Austin, Texas 78714-9347

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: secciones 522.021, 522.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental de Texas)

Para más información consulte las preguntas más frecuentes y las copias descargables de los documentos del programa, visite el sitio web del Programa de Medicinas para el VIH de Texas en <http://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds>

Para informarse sobre las organizaciones de servicio, los servicios de administración de casos y los recursos comunitarios del SIDA en su localidad, llame al 2-1-1.

Si tiene preguntas, comentarios o dudas sobre el Programa de Medicación para el VIH de Texas y esta solicitud, para obtener ayuda, llame al programa directamente al 1-800-255-1090.

Una vez que haya llenado la solicitud y reunido los documentos adjuntos necesarios, envíe por correo postal la solicitud a: Texas HIV Medication Program, ATTN: MSJA MC 1873, PO BOX 149347, Austin TX 78714 -9347

(revisado abril de 2012)

DECLARACIÓN DE MANUTENCIÓN

Si el solicitante no tiene ingresos o no puede proveer documentación mostrando cómo se mantiene, este formulario puede usarse como documentación. Este formulario debe llenarlo y firmarlo la persona que provee la manutención; no lo debe llenar el solicitante.

Yo, _____, certifico que actualmente mantengo a
(Nombre de quien provee la manutención en letra de molde)

_____, quien vive en el siguiente
(Nombre del solicitante en letra de molde)

domicilio: _____.
(Calle y número, ciudad, estado y código postal del solicitante)

Lo he mantenido desde _____ . Mi relación con el solicitante
(Fecha)

es _____. Según tengo entendido, los ingresos

mensuales de la persona que mantengo son de: _____ .
(ingresos del solicitante)

El tipo de manutención que proveo es (marque todo lo que corresponda):

Habitación Alimentos/ropa Renta/hipoteca Cuentas de Utilidades (agua, luz, gas etc.)

Dinero en efectivo de \$_____ al mes

Otro _____

Explicación adicional (de ser necesaria):

Se pueden comunicar conmigo en el o los siguientes números para verificar dicha información: (_____) _____

Con mi firma en este formulario, declaro que la información anterior es una declaración precisa de la asistencia provista al solicitante. Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente puede causar el retiro de los servicios de THMP o que se me procese criminalmente o ambas cosas.

Firma del proveedor de manutención

Fecha

Tome nota: si hay circunstancias especiales alrededor de su situación en casa que necesitarían una explicación o la verificación del trabajador social, el administrador del caso o la enfermera de salud pública, haga que le provean una declaración de apoyo detallada a nombre suyo y adjúntela a su solicitud al solicitar la asistencia.



Tel.: 1-800-255-1090
Fax: 512-371-4670

Inscripción

Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal de VIH de Texas (SPAP)

Domicilio postal:

Texas Department of State Health Services

ATTN: MSJA - MC 1873

PO Box 149347

Austin, TX 78714-9347

Los solicitantes que reciben MEDICARE deben llenar este formulario. Se inscribirá a los individuos con Medicare que cumplan los requisitos para recibir asistencia del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (o THMP) en el Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal para el VIH de Texas (o SPAP) para que obtengan su medicina. El SPAP ayuda con los copagos, los coseguros y periodo sin la cobertura relacionados con los planes de medicinas recetadas de la Parte D de Medicare. **Si aún no se inscribe en el THMP, debe también llenar toda la solicitud del THMP.**

SECCIÓN I – INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido y sufijo (Jr. Sr. III)	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Domicilio postal		Número telefónico (código de área + número)	
¿Podemos dejar mensajes en su correo de voz o contestador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Su número del Seguro Social	Su número de Medicare	Fecha de vigencia de la Parte A de Medicare (indicado en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)	

SECCIÓN II – INFORMACIÓN DE MEDICINA RECETADA DE MEDICARE

¿Tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare (parte D)? Sí Si contestó que sí, dé la información del plan a continuación. No

Nombre del plan: _____ Fecha de vigencia: _____

Número de ID.: _____ RxBin: _____ RxPCN: _____ RxGroup: _____

SECCIÓN III – INGRESOS LIMITADOS

¿Ha solicitado el Subsidio de Ingresos y Recursos Limitados o Beneficios Para Ayuda Con los Gastos de sus Medicinas recetadas mediante del Seguro Social? Sí -indique la determinación de su solicitud a continuación. No -necesita solicitar esa asistencia, llame al 1-800-255-1090 para pedir que le envíen por correo postal una solicitud.

Determinación de la solicitud del Beneficio Adicional para Ayuda con los Gastos de Medicinas Recetadas

Aprobada; 100% de asistencia No Aprobada (adjunte una copia de la carta predecisión o de denegación)

Aprobada; asistencia parcial A la espera de una determinación; fecha de la solicitud: _____

(adjunte una copia de la carta de aprobación)

SECCIÓN IV – ACUERDO DEL SPAP

1) Entiendo que es mi responsabilidad:

- inscribirme en un plan de medicinas recetadas de Medicare,
- mantener vigente mi inscripción en un plan de medicinas recetadas de Medicare y
- pagar la prima mensual de Medicare Parte D directamente al plan.

2) Entiendo que es mi responsabilidad notificar al SPAP de inmediato si sucede lo siguiente:

- aumentan los ingresos de mi casa,
- cambia mi dirección o me mudo del estado de Texas,
- cambia mi estado civil, o situación de la casa o del seguro o
- interrumpen mis beneficios de Medicare.

3) Entiendo que el SPAP se reserva el derecho de limitar las inscripciones dependiendo de fondos disponibles.

4) Entiendo que se requiere que el SPAP certifique que cumpla los requisitos cada tercer año conforme al reglamento del programa a fin de seguir recibiendo servicios.

5) Entiendo que este es un documento legal. Con mi firma (1) doy fe de que toda la información dada es verdadera y correcta, (2) autorizo la revelación de mi información médica al Programa de Medicinas para el VIH de Texas, incluido el SPAP, y (3) doy fe de que resido en el estado de Texas.

Firma del solicitante	Fecha
Firma del padre (si el solicitante es menor de 18 años de edad)	Fecha

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Si el solicitante es menor de 18 años de edad este formulario lo deben llenar los padres que viven con el solicitante.

A. Nombre del padre (si corresponde)

B. Nombre de madre (si corresponde)

Número del Seguro Social

Fecha de nacimiento

Número del Seguro Social

Fecha de nacimiento

Empleo: llene la tabla de situación de empleo de los padres del solicitante. Si no está trabajando, asegúrese de indicar dónde y cuándo trabajó la última vez. El empleo podría verificarse por medio de otras fuentes como el Texas Workforce Commission (TWC).

Padre (a)

Padre (b)

Documentación requerida

a. Situación de empleo

Tiempo completo, medio tiempo, desempleado, estacional, etc.

b. Si trabaja, nombre del empleador

- Si tiene más de un trabajo, indique todos los empleadores en la sección de arriba.
- Si ha cambiado de trabajo recientemente, indique esto en la sección de arriba.

Título laboral

- Provea los talones de cheque de paga de todos los empleos actuales.

c. Si está desempleado, ¿dónde trabajó la última vez?

- Si le pagan en efectivo, haga que su empleador llene el Formulario de verificación de ingresos.

Fecha de finalización del empleo

/ /

/ /

Ingresos y beneficios: llene la tabla con todos los ingresos recibidos por el padre o madre. Informe de sus ingresos brutos mensuales. Los ingresos brutos son la cantidad recibida antes de que le quiten los impuestos o las deducciones. Presente documentación de todos los ingresos. Si el menor recibe ingresos, debe informarse de estos en la página 3 de la solicitud.

Salario, sueldo, comisiones o propinas

\$

\$

Al menos dos (2) talones de cheque de paga o estados de ganancias actuales consecutivos. Si le pagan semanalmente, se requieren cuatro (4) talones de cheque de paga consecutivos.

Ingresos de trabajo por cuenta propia

\$

\$

Una copia completa de su declaración de impuestos federales del año más reciente. Nótese que conforme al reglamento del IRS, todo aquel que reciba ganancias de trabajo por cuenta propia netas de más de \$400 debe hacer una declaración de impuestos federales del año más reciente.

Intereses, dividendos en efectivo o rendimientos del capital mobiliario

\$

\$

Beneficios/ingresos de desempleo

\$

\$

Ingresos del Seguro Social (beneficios por jubilación o discapacidad)

\$

\$

Ingresos de Seguridad Suplemental (o SSI)

\$

\$

Pensión o anualidad de jubilación

\$

\$

Administración de Veteranos

\$

\$

Otros beneficios/ingresos por discapacidad

\$

\$

Estampillas de Alimentos (SNAP)

\$

\$

Beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (o TANF)

\$

\$

Pensión alimenticia/manutención de menores

\$

\$

Otros ingresos (especifique el origen)

\$

\$

Fuente:

SEGURO

¿Tienen los padres algún tipo de seguro médico o cobertura médica?

Sí* No

Si contestó que sí, ¿está el solicitante (menor) cubierto bajo la póliza?

Sí* No

Si contestó que no, ¿ofrece cobertura familiar la aseguradora médica o el empleador del padre o madre?

Sí No

* Si contestó que sí, provea una copia de ambos lados de la tarjeta de seguro e incluya documentación sobre cómo funciona su cobertura de medicinas recetadas.

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Atención: Esta forma debe ser llenada y firmada por el empleador.

Sólo debe usarse esta forma si no hay documentación de sus ingresos. Si el empleado tiene talones de cheque de paga, debe presentar copias.

I. Información del empleado

Nombre del empleado:

Domicilio del empleado:

II. Información de contacto del empleador

Nombre del negocio:

Domicilio del negocio:

Número telefónico del negocio:

Nombre del contacto:

Número telefónico del contacto:

III. Ingresos del empleado

Tipo de trabajo realizado por el empleado:

Primer día del empleo:

Número promedio de horas trabajadas a la semana:

Al empleado le pagan en (*marque uno*):

efectivo cheque personal talón de cheque de negocio otro (especifique) _____

Al empleado le pagan (*marque uno*):

cada semana cada dos semanas dos veces al mes cada mes cada día
 otro (especifique) _____

El empleado recibe una cantidad bruta de \$_____ por periodo de pago

El salario bruto **por hora** del empleado es de: \$_____ *por hora*

Se calcula que el empleado recibe propinas o comisiones **semanales** de: \$ _____ *a la semana*

IV. Cobertura médica del empleado

¿Le ofrecen cobertura médica al empleado? Sí No

Si contestó que sí, ¿está inscrito este empleado en la cobertura médica? Sí No

V. Información adicional

¿Habrá algún cambio en el empleo de esta persona en los próximos meses?

VI. Certificación

Verifico que la información anterior es verdadera y correcta según tengo entendido.

Firma del empleador

Fecha

**TEXAS HIV MEDICATION PROGRAM
MEDICAL CERTIFICATION FORM**

(TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Texas HIV Medication Code (if known) _____

The information requested is necessary to determine the patient's eligibility for program-supplied, HIV-related therapy as prescribed by you. All information requested will be kept strictly confidential by the Texas Department of State Health Services; personal identifying info is never released.

PATIENT INFORMATION

Full Name: _____

Mailing Address: _____ Apt. # _____

City, State, Zip: _____ Phone # () _____

Social Security Number: _____ Date of Birth: _____

*****NOTICE*** Changes in therapy after initial approval and/or recertification may be faxed to (512) 371-4670.**

I hereby certify that this patient has been diagnosed with HIV infection, and I am reporting the following viral load and CD4 count::

Plasma RNA Viral Load: _____ copies/ml	Test Date: _____ / _____ / _____	Current CD4 Count: _____	Test Date: _____ / _____ / _____
--	--	------------------------------------	--

PRESCRIBED MEDICATIONS FOR OPPORTUNISTIC INFECTIONS:

Please check here if patient is pregnant: _____

- _____ **acyclovir**, for acute or chronic herpetic infection (*NOTE: may not be available due to manufacturer shortages*), **OR**
- _____ **valacyclovir** (Valtrex), for acute or chronic herpetic infection
- _____ **itraconazole** (either **capsules** or **suspension**), for diagnosed histoplasmosis or blastomycosis
- _____ **clarithromycin**, for a current or previous mycobacterium avium complex (MAC) diagnosis, **OR**
- _____ **azithromycin**, if client failed therapy on (or is intolerant of) clarithromycin
- _____ **fluconazole**, for diagnosed cryptococcal meningitis or esophageal candidiasis, **OR**
- _____ **itraconazole suspension**, for diagnosed esophageal candidiasis
- _____ **valganciclovir** (Valcyte), for diagnosed CMV disease with infection(s) of major organ(s) or organ system(s)
- _____ **megesterol acetate**, for diagnosed cachexia or anorexia with profound, involuntary, acute weight loss $\geq 10\%$ of baseline body weight or chronic weight loss $\geq 20\%$ of baseline body weight
- _____ **atovaquone** (Mepro), for diagnosed acute, mild to moderate PCP and intolerance to both SMZ-TMP and dapsone
- _____ **rifabutin** (Mycobutin), for a CD4 cell count ≤ 100
- _____ **ethambutol**, for a current or previous mycobacterium avium complex (MAC) diagnosis
- _____ **pentamidine** or _____ **SMZ/TMP** or _____ **Dapsone** (choose one, if applicable), for CD4 ≤ 200 , or thrush, or previous PCP diagnosis, or unexplained fever $>100^{\circ}$ for >2 weeks

*****REQUIRED***** Is this patient naïve to antiretroviral therapy? (check one) _____ Yes _____ No

PRESCRIBED ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS: LIMIT OF FOUR (4) ANTIRETROVIRALS MAX PER CLIENT

- | | | |
|---|---|--|
| _____ Atripla (Sustiva/Truvada)* | _____ atazanavir (Reyataz) | _____ abacavir sulfate (Ziagen) |
| _____ Combivir (AZT/3TC)* | _____ darunavir (Prezista) | _____ didanosine (DDI EC) |
| _____ Complera (Edurant/Truvada)* | _____ indinavir (Crixivan) | _____ emtricitabine (Emtriva) |
| _____ Epzicom (Ziagen/3TC)* | _____ inivirase (Saquinavir) | _____ lamivudine (3TC) |
| _____ Trizivir (AZT/Ziagen/3TC)* | _____ lopinavir/ritonavir (Kaletra) | _____ stavudine (D4T) |
| _____ Truvada (Emtriva/Viread)* | _____ nelfinavir (Viracept) | _____ zidovudine (AZT) |
| _____ efavirenz (Sustiva) | _____ ritonavir (Norvir) | _____ delavirdine (Rescriptor) |
| _____ nevirapine (Viramune XR) | _____ tipranavir (Aptivus) | _____ enfuvirtide (Fuzeon) |
| _____ raltegravir (Isentress) | _____ fosamprenavir (Lexiva) – boosted dosage, 1 bottle/mo (recommended) | |
| _____ rilpivirine (Edurant) | _____ fosamprenavir (Lexiva) – unboosted dosage (2 btl/mo <u>without</u> low-dose ritonavir); dosage requires consultation/written justification from physician. | |
| _____ tenofovir (Viread) | | |
| _____ etravirine (Intelence) –For treatment experienced patients with viral resistance or toxicity to antiretroviral agents. | | |
| _____ maraviroc (Selzentry) –Proof of CCR5 monotropism via CCR5 assay must be included with this form for approval. | | |

***Please note:** For the 4 antiretroviral (ARV) limit, Combivir, Epzicom & Truvada each count as 2 ARVs; Atripla, Complera & Trizivir count as 3 ARVs.

PHYSICIAN SIGNATURE: _____ TX MD/DO LICENSE #: _____

PRINTED NAME OF PHYSICIAN: _____

OFFICE ADDRESS: _____

TELEPHONE: _____ FAX: _____ DATE: _____ / _____ / _____

