

**Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA de Alabama
(Alabama's AIDS Drug Assistance Program, ADAP)
Manifestación de certificación del cliente
Revisado 01-09**

Nombre del cliente: _____ **NO. ADAP:** _____

Marque la acción que corresponda

- La presente es para solicitar mi inscripción en el ADAP
 La presente es para renovar mi certificación bianual (2 por año) para el ADAP

- ✓ Entiendo que, a fin de seguir calificando para recibir mis medicamentos contra el VIH a través del ADAP, debo renovar mi certificación bianual (2 por año), y aceptaré presentar mi información personal y financiera para renovar la certificación según me instruya el trabajador social o mi proveedor de servicio médico para seguir calificando para mi inscripción en el ADAP.
- ✓ **Entiendo que si presento información falsa intencionalmente o no presento la información solicitada para completar mi solicitud del ADAP o la renovación de mi certificación bianual (2 por año) en el ADAP, no seré considerado elegible para recibir los medicamentos del ADAP contra el VIH debido a incumplimiento de los requisitos del ADAP para inscripción.**
- ✓ Entiendo que el financiamiento federal Ryan White debe permanecer como el pagador de último recurso, lo que significa que si llego a calificar para otro programa de asistencia que ayude a pagar mis medicamentos contra el VIH, deberé notificar al personal de trabajo social o al personal del ADAP inmediatamente.
- ✓ Entiendo que el personal del DAP usará mi información personal y financiera para verificar mi elegibilidad para el ADAP, la cual puede incluir los siguientes recursos:
- Verificación de mi condición en Medicaid con Medicaid del Estado de Alabama.
 - Verificación de mi condición en Medicare/Medicaid Parte D con Medicare del Estado de Alabama.
 - Verificación de mis ingresos con el Departamento de Ingresos de Alabama.
 - Verificación de mi condición de inscripción con la farmacia central del ADAP.

Doy mi consentimiento para que la información personal y financiera que contiene mi solicitud o renovación de certificación del ADAP sea usada y compartida por el personal del ADAP según sea necesario para los propósitos de mi tratamiento y/o para verificar mis ingresos y al tercero pagador (Medicaid, Medicare, Medicare Parte D y Seguro privado) a fin de determinar mi elegibilidad para inscripción en el ADAP.

Escriba el nombre de una persona de contacto alterna sólo para casos de emergencia

En caso de una emergencia catastrófica (huracán, tornado, ataque terrorista) en la que se interrumpa la distribución del medicamento y sea imposible comunicarse conmigo o con el trabajador social, autorizo que llamen a la persona de contacto de emergencia que menciono a continuación.

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

***Mediante la presente autorizo al médico mencionado en la solicitud de medicamentos del ADAP o a su representante para actuar como mi representante para recibir cualesquier medicamentos prescritos y medicamentos de entrega para mí en el centro médico.**

Fecha ____/____/____
Firma del solicitante (o del tutor si el solicitante es menor de edad o si no puede firmar)

Fecha ____/____/____
Firma del trabajador social o del médico