



**Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP*) y
el Programa de Asistencia de Profilaxis Pre-exposición (PrEP-AP*)
ATESTACIÓN DEL CLIENTE**

Instrucciones

Este formulario debe ser completado por el solicitante al presentar una solicitud para ADAP/PrEP-AP utilizando el sistema electrónico de inscripción de ADAP (AES*). Los clientes de ADAP/PrEP-AP que brinden documentación inexacta o falsa intencionalmente pueden estar en violación de varias leyes del Código Penal y la Ley de Reclamos Falsos de California.

Certificación (Requerido)

Al firmar este formulario, por lo presente certifico que la información provista en AES el _____ (ingresar la fecha) y dentro de esta atestación es objetiva, precisa y completa. También entiendo que ADAP/PrEP-AP pueden solicitar documentación de verificación adicional si la documentación presentada parece ser inconsistente o incorrecta. Acuerdo notificar de inmediato al programa sobre cualquier cambio en mi ingreso, residencia o cobertura de salud. Entiendo que la falta de información precisa u omisión deliberada de la información puede dar como resultado la suspensión o terminación de los servicios y es posible que sea responsable financieramente por los servicios cubiertos que se obtengan.

Seleccione todo lo que aplica (Requerido)

Solicitud de ADAP	Solicitud para el programa de pago de prima de seguro de salud de la oficina de SIDA (OA-HIPP*)	Solicitud para el programa de asistencia de pago de primas del seguro de salud basado en el empleador (EB-HIPP*)
Solicitud de PrEP-AP	Solicitud para el programa de asistencia de pago de primas de Medicare Parte D (MDPP*)	Solicitud para el programa de pago de primas de Medigap

Si corresponde, al elegir solicitar OA-HIPP o a MDPP, como se indica en la casilla de arriba, también autorizo a través de mi firma al departamento de Salud Pública de California (CDPH*) para que realice un pago de carpeta de seguro médico en mi nombre para efectuar la póliza de mi plan de salud. Un pago de carpeta es la prima inicial del seguro de salud debido a un plan de salud para comenzar la cobertura de acuerdo con la póliza seleccionada. Entiendo y reconozco que CDPH no es responsable de los retrasos en los pagos, los recargos por pagos atrasados y / o la terminación de mi póliza de salud por perderse la fecha de vencimiento del pago de la carpeta. Entiendo que para hagan un pago de carpeta en mi nombre, mi elegibilidad para el programa debe estar activa y no puedo estar en un Período de Acceso Temporal (TAP*)

Información del solicitante (Todas las áreas son obligatorias a menos que se indique lo contrario)

Número de identificación del cliente (opcional): _____

*Número de personas en su hogar: _____ Imprimir el nombre del solicitante: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha de firma: _____

* H&SC sección 120960(e)(1) "número de personas en su familia" tiene el significado dado a ese término en la sección 36B (d)(1) del código de ingresos internos de 1986, e incluirá parejas casadas de sexo igual u opuesto, parejas domesticas registradas, y cualquier dependiente de impuestos, según lo definido por la sección 152 del código de ingresos internos de 1986, ya sea cónyuge o pareja domestica registrada.

ADAP-Información aprobada del agente designado (si procede)

Imprimir nombre del agente designado: _____

Firma del agente designado: _____ Fecha de firma: _____

**por sus siglas en inglés*