



ESTADO DE NEW HAMPSHIRE
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA PARA LA TUBERCULOSIS
 (603) 271-4502 (800) 852-3345 x4502
 (603) 271-4934 FAX

<u>Elegibilidad Presunta</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sólo para uso de oficina

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA PARA LA TUBERCULOSIS DE NH

Tuberculosis activa
 Sospecha de enfermedad tuberculosa activa
 Infección tuberculosa latente de alto riesgo*

Sólo gestión de casos de PHN (completar los datos demográficos de la p. 1 y las exenciones: p. 3 y p. 4)

Fecha de solicitud: _____

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección Estado	C.P.	Ciudad
Dirección postal (si es diferente a la anterior)		
Teléfono de casa Otro teléfono () ()	Teléfono de trabajo ()	Teléfono celular ()
Correo electrónico:		
Fecha de nacimiento:		
Residente de NH: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero
¿Podemos dejar un mensaje detallado en su contestador automático? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No poseo uno Si no, ¿a quién podemos contactar? Nombre: _____ Teléfono: () Parentesco: _____		
¿Podemos enviar información a la dirección anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿a qué dirección podemos enviar por correo postal?		
Enfermera administradora de casos de PH:		Ubicación de la oficina:
Médico primario:	Ciudad:	
Teléfono: ()		
Médico especialista:	Ciudad:	
Teléfono: ()		
Farmacia:	Calle:	
Teléfono: ()	Ciudad:	
Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> permanente <input type="checkbox"/> temporal <input type="checkbox"/> indigente <input type="checkbox"/> institución		

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1. ¿Qué idioma habla con más frecuencia? Inglés Español Francés Otro _____
2. ¿Cuál de las siguientes características describe mejor su raza? Blanco Negro o Afroamericano Asiático
 Nativo de Hawái/isleño del Pacífico Indio americano/nativo de Alaska Más de una raza
3. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su origen étnico? Hispano/Latino No Hispano/Latino

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

¿Número de personas en su hogar?

Fuente(s) de ingresos:	Semanal	Mensual	Anual
Salarios	\$	\$	\$
Otros:	\$	\$	\$
Otros:	\$	\$	\$
Otros:	\$	\$	\$
Totales:	\$	\$	\$

Comprobante de ingresos más reciente: (envíe uno de los siguientes)

<input type="checkbox"/> Boletas de pago	<input type="checkbox"/> Seguro social o cheque de desempleo
<input type="checkbox"/> Declaración federal de impuestos	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancario
<input type="checkbox"/> Carta del empleador indicando el salario	<input type="checkbox"/> Otro (explique):

INFORMACIÓN DE MEDICAID

¿Tiene cobertura de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de aplicación:
Aprobada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente	ID #

INFORMACIÓN DE MEDICARE

Parte A: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Fecha de Inicio:
Parte B: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Fecha de Inicio:

INFORMACIÓN DE MEDICARE PARTE D

Parte D: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Fecha de Inicio:
Nombre del plan:	
ID #	

SEGURO

¿Está cubierto por un plan médico de salud (incluido un seguro privado)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del plan médico: ID#
Nombre del plan médico: ID#

Al firmar a continuación, certifico que he leído, entiendo y cumplo con el Aviso de no discriminación, la Certificación del cliente y el Procedimiento de reclamo.

Aviso de no discriminación

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de New Hampshire no discrimina a las personas por su edad, sexo, raza, credo, color, estado civil, estado familiar, discapacidad física o mental, origen nacional, orientación sexual o afiliación o creencia política. No habrá discriminación en la aceptación o la prestación de servicios, ni en la admisión o el acceso, el tratamiento o el empleo en ninguno de los programas o actividades del Departamento. El Contralor es responsable de coordinar los esfuerzos de cumplimiento de los derechos civiles del Departamento, las oficinas componentes y las divisiones para seguir las normas estatales y federales contra la discriminación. Para más información, o para saber cómo presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con el Contralor en 129 Pleasant Street, Concord, New Hampshire 03301; o puede llamar por teléfono al (603) 271-4963 (voz) o al número de acceso TDD: 1-800-735-2964. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire está sujeto al Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C., Sección 2000d et. seq.); Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, enmendada (29 U.S.C., Sección 794); el Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972 (20 U.S.C., Sección 1681); la Ley de Discriminación por Edad de 1975 (42 U.S.C., Sección 6101 et. seq.); NH RSA 354-A; y ciertos estatutos federales de subvenciones en bloque, incluyendo, pero sin limitarse a 42 U.S.C., Secciones 300x-7, y 708, o cualquier otra disposición a través de la cual el Departamento recibe participación financiera federal en sus programas. Estas leyes prohíben la discriminación por motivos de edad, sexo, raza, credo, color, estado civil, situación familiar, discapacidad física o mental, origen nacional, orientación sexual o afiliación política o creencias en las actividades financiadas con fondos federales y estatales. La normativa del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. en virtud del Título VI, la Sección 504, el Título IX y la Ley de Discriminación por Edad se encuentra en el 45 C.F.R., Partes 80, 84, 86 y 91, respectivamente. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire también está sujeto a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C., Sección 12101, et. seq.) y a su normativa de aplicación en 28 C.F.R., Parte 35.

Certificación del cliente

1. Declaro que mis estados financieros son correctos y verdaderos a mi leal saber y entender. Estoy consciente de que el Programa de Asistencia Financiera para la Tuberculosis de NH recibe sus fondos del Estado de New Hampshire y que cualquier tergiversación intencionada puede dar lugar a acciones legales contra mí en base a las leyes estatales o federales. Además, entiendo que se me denegará la participación si oculto información, proporciono información inexacta o me niego a proporcionar toda la información necesaria. Estoy de acuerdo en notificar al Programa de Asistencia Financiera para la Tuberculosis de NH en un plazo de 30 días sobre cualquier cambio en mi nombre, dirección, elegibilidad, estado financiero, de seguro o tamaño de la familia, y proporcionar evidencia de ingresos y gastos médicos, estado de Medicaid o Medicare, póliza de seguro de salud. Me comprometo plenamente a cumplir las condiciones indicadas anteriormente.
2. Con el fin de ser considerado para participar en el Programa de Asistencia Financiera para la Tuberculosis de NH, por la presente autorizo a mi médico o a su representante a divulgar la información solicitada por el Programa de Asistencia Financiera para la Tuberculosis de NH en relación con el contenido de mi expediente médico. Entiendo que esta información se mantendrá bajo estrictas condiciones de confidencialidad y que mi identidad no será revelada a ninguna persona ajena al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Toda la información proporcionada al Programa de Asistencia Financiera para la Tuberculosis de NH es estrictamente confidencial y no se divulgará a ninguna otra parte a menos que lo permita la ley.
3. Por la presente autorizo al personal del Programa de Asistencia Financiera para la Tuberculosis de NH a comunicarse y divulgar información, incluyendo mi diagnóstico, a los médicos y otros profesionales de la salud apropiados, incluyendo a mi farmacéutico, administrador de casos y otros proveedores de tratamiento, para asegurar la mejor planificación y prestación de servicios en mi nombre. Esta exención es válida por un (1) año a partir de la firma, a menos que sea revocada por mí por escrito.

Procedimiento de reclamo

1. Si no está satisfecho con la determinación de elegibilidad, puede solicitar, en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la carta de notificación del Programa de Asistencia Financiera para la Tuberculosis de NH, una conferencia informal de revisión del caso.
2. El Programa de Asistencia Financiera para la Tuberculosis de NH le notificará en los 14 días siguientes a la conferencia de revisión del caso si el Programa de Asistencia Financiera para la Tuberculosis de NH está de acuerdo, modifica o revoca la determinación.

3. Si usted o su tutor no están satisfechos con el resultado de la revisión del caso, se puede solicitar, en un plazo de 30 días a partir de la notificación de dicho resultado, un procedimiento de adjudicación que se llevará a cabo de acuerdo con RSA 541-A.
4. Debe ponerse en contacto con el gestor del Programa de Tuberculosis de NH si se le deniega el derecho. Si posteriormente sigue insatisfecho con la respuesta, póngase en contacto con el Jefe de Sección llamando al 800-852-3345 x4481.
5. Puede ponerse en contacto con la Oficina del Procurador de los Derechos Humanos en cualquier momento del proceso para obtener una resolución neutral de su reclamación llamando al 800-852-3345 x6941.

Firma del solicitante/tutor

Firma de testigo

Fecha

Divulgación de Información por parte del Médico

Por la presente autorizo a mi médico o a su representante a divulgar la información solicitada por la División de Servicios de Salud Pública de NH, en relación con el contenido de mi expediente médico. Entiendo que la División de Servicios de Salud Pública de NH puede divulgar dicha información cuando sea necesario para la correcta prestación de la atención médica. Entiendo que esta información se mantendrá bajo estricta confidencialidad, y que se utilizará para mi beneficio final. Esta exención es válida por un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por mí por escrito.

Firma del solicitante/tutor

Fecha

Nombre

Firma de testigo

Fecha

Información del Médico

Nombre del médico

Nombre del Hospital/Clínica

Ciudad

Número de teléfono

Número de fax (opcional)

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

- Completar mis datos personales en esta solicitud e incluir un número de teléfono donde se me pueda localizar.
- Adjuntar una copia de mi talón de pago o cheque de seguro social O cheque de desempleo O declaración de la renta federal. Si no envió un comprobante de ingresos, se me puede negar la inscripción.
- Sin ingresos: Adjuntar una carta de mi enfermera administradora de casos de salud pública, que indique esto y explique cómo obtengo alimentos y alojamiento.
- Enviar solicitud por correo a: **DHHS-DPHS, TB Financial Assistance Program, 29 Hazen Drive, Concord NH 03301**

Llame al Programa de asistencia financiera para la Tuberculosis de NH si tiene CUALQUIER pregunta sobre cómo completar esta solicitud.

Horario del Programa de asistencia financiera para la Tuberculosis de NH
8:00 – 4:30
Lunes a viernes

Oficina principal: (603) 271-4502
Número gratuito: (800) 852-3345 x4502

El He-P 301.17 Programa de Asistencia Financiera para la Atención de Pacientes con Tuberculosis establece que para poder recibir asistencia a través del Programa TBFA, una persona debe ser

- Un residente de NH que vive con TB activa, sospecha de TB activa o LTBI de alto riesgo;
- Estar bajo el cuidado de un médico para la tuberculosis, y tener una prescripción del médico o de la persona designada para uno o más de los medicamentos reclamados bajo este programa; y
- Tener unos ingresos brutos anuales por hogar que no superen el 300% de las directrices federales de ingresos de pobreza.

* Definición de infección de tuberculosis latente de alto riesgo (como resultado de):

- Contacto reciente con un caso activo de tuberculosis (en los últimos 2 años)
- Caso reciente (aumento de la prueba cutánea > 10 mm en un período de 2 años)
- Individuo inmunocomprometido
- Niño de 5 años de edad o menor
- Refugiado o inmigrante clase A o B