



Auto-Declaración de No Cambio en Criterios de Elegibilidad

Según reglamentación de la *Health Resources and Services Administration* (HRSA) se requiere que cada participante del Programa de Asistencia en Medicamentos VIH/Sida (ADAP) sea recertificado a los seis meses de este haber sido considerado elegible. A fin de cumplir con dicha reglamentación, en este documento se corroborará el cumplimiento con los criterios de elegibilidad requeridos para el proceso de recertificación.

Nombre (Participante)	
# ADAP o # S.S.	
Centro Clínico	
Terapia Recetada	

Criterios de elegibilidad:

		Si	No
Ingresos	¿Ha tenido usted algún cambio en su <u>ingreso</u> durante los pasados 6 meses?		
Residencia	¿Ha tenido usted algún cambio en <u>residencia</u> durante los pasados 6 meses?		
Aseguramiento	¿Ha tenido usted algún cambio en su <u>seguro médico</u> durante los pasados 6 meses?		

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores fue sí, el paciente debe someter el/los documentos necesarios para evidenciar dicho cambio (Hoja MA-10 revisada luego del cambio en ingresos, Evidencia de Residencia y/o Evidencia Correspondiente a la cubierta de Seguro Médico).

Certifico que toda la información que he provisto en esta solicitud es verdadera y correcta. Si deliberadamente ofrezco alguna información falsa en esta solicitud, se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa y el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) podría iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes.

Firma (del/la Participante): _____

Fecha (mm/dd/aaaa): _____

Yo, _____ Manejador(a) de Caso del Centro Clínico _____
certifico haber realizado una intervención telefónica con el participante en la que se logró completar y validar la información provista en este formulario y a su vez se discutió la información expuesta al dorso.

Firma (Manejador(a) de Caso): _____

Fecha (mm/dd/aaaa): _____

