



El Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) está administrado por el Departamento de Salud de Pensilvania. Para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad del programa, límites de ingreso o servicios cubiertos, ingrese a [www.health.pa.gov/spbp](http://www.health.pa.gov/spbp).

Si tiene consultas sobre la solicitud o inscripción, llame al 1-800-922-9384 o envíe sus preguntas a [SPBP@pa.gov](mailto:SPBP@pa.gov).

<b>1 Información del solicitante</b>				
Apellido		Nombre		
Inicial del segundo nombre		Sufijo (Sr., Jr., etc.)	Idioma preferido	Inglés Español Otro
Número de ID del SPBP (si lo sabe)				
Dirección de residencia		Incluya comprobante de residencia con su solicitud.		
Ciudad		Estado	Código postal	
Proporcione su dirección postal preferida a continuación si es diferente de su dirección de residencia. Debe ser una dirección en Pensilvania.				
Dirección postal preferida				
Ciudad		Estado	Código postal	
Fecha de nacimiento				
Número de Seguro Social		Incluya comprobante de su número de Seguro Social con su solicitud.		
No tengo un número de Seguro Social.				
Número de teléfono fijo		Número de teléfono celular		
Sexo al nacer (seleccione una opción)		Sexo actual (seleccione una opción)		
Masculino		Masculino	Transgénero masculino a femenino	Transgénero no especificado
Femenino		Femenino	Transgénero femenino a masculino	Desconocido Otro
Origen étnico (seleccione una o más opciones)		Raza (seleccione una o más opciones)		
Hispano o Latino (seleccione un subgrupo)		Negro o afroamericano		
Mexicano, mexicanoamericano, chicano		Blanco		
Puertorriqueño		Asiático (seleccione un subgrupo)		
Cubano		Asiático indígena	Chino	Filipino
Otro hispano, latino o de origen español		Japonés	Coreano	Vietnamita
No hispano		Otra raza asiática		
		Indígena norteamericano o nativo de Alaska		
		Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico (seleccione un subgrupo)		
		Nativo de Hawái	Guameño o chamorro	
		Samoano	Otra raza de las islas del Pacífico	
		Otro		
¿Alguna vez su conteo de CD4 descendió por debajo de 200 células/μl?		Sí	No	No estoy seguro
Si corresponde, responda la siguiente pregunta.				
¿Estuvo embarazada en algún momento durante los últimos seis meses?		Sí	No	

Este formulario, con número de identificación del Departamento de Salud HD01582F(A) Rev. 12/17, es un instrumento oficial de recopilación de información del Departamento de Salud (DOH).

Continúa en la página 2 >>

<b>2 Otra cobertura médica</b>	
¿Actualmente tiene alguna otra cobertura médica?	Sí (Complete la sección para el asegurado a continuación y proporcione una copia de su tarjeta de seguro con su solicitud) No (Complete la sección para el no asegurado a continuación)
<b>Sección para el asegurado</b>	
Seleccione cada tipo de cobertura que tiene actualmente y brinde una copia del frente y dorso de cada tarjeta de seguro.	
Medicare Parte A	Administración de Veteranos de los Estados Unidos
Medicare Parte B	Seguro privado (seleccione subtipo)
Medicare Parte C/Plan Advantage (HMO)	Plan de su empleador
Medicare Parte D	Plan de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) ( <a href="http://www.healthcare.gov">www.healthcare.gov</a> )
Medicaid/Asistencia médica	Afiliación voluntaria que contrató directamente en una compañía de seguros
Otro (escriba el nombre del plan)	
¿Su plan de seguro ofrece cobertura para medicamentos recetados?	Sí No (Si tiene una tarjeta para medicamentos recetados aparte, proporcione una copia del frente y dorso de cada tarjeta)
<b>Sección para el no asegurado</b>	
Si no tiene cobertura, seleccione el motivo.	No soy ciudadano No puede pagar el costo/las primas Decidí no solicitar otra cobertura de salud. Otro
¿Ha solicitado Medicaid en los últimos 12 meses?	Sí No
Si lo hizo, ¿cuál es el estado de su solicitud de Medicaid?	Aprobada Denegada (proporcione la notificación de rechazo de Medicaid con su solicitud) La solicitud continúa en revisión

<b>3 Familiares</b>	
Brinde información sobre todos los familiares que viven en el hogar. Los familiares incluyen su cónyuge y sus hijos menores de 21 años que residen en su hogar; si usted es menor de 21 años, incluya a sus padres si viven en el mismo hogar. (Nota: Si usted es un solicitante soltero de 21 años o más sin dependientes, no mencione ningún familiar.)	
Cónyuge/familiar n.º 1	
Nombre (nombre, apellido, inicial del segundo nombre, sufijo)	Fecha de nacimiento
Sexo actual	Relación con usted
Número de Seguro Social	Cónyuge Niño menor de 21 años Padre del niño menor de 21 años
Familiar n.º 2	
Nombre (nombre, apellido, inicial del segundo nombre, sufijo)	Fecha de nacimiento
Sexo actual	Relación con usted
Número de Seguro Social	Niño menor de 21 años Padre del niño menor de 21 años
Familiar n.º 3	
Nombre (nombre, apellido, inicial del segundo nombre, sufijo)	Fecha de nacimiento
Sexo actual	Relación con usted
Número de Seguro Social	Niño menor de 21 años Padre del niño menor de 21 años
Si es necesario, adjunte una hoja por separado con la lista de familiares adicionales.	

**4 Ingreso familiar**

Seleccione cada tipo de ingreso que reciba usted y sus familiares en el hogar. Los familiares incluyen su cónyuge y sus hijos menores de 21 años que residen en su hogar; si usted es menor de 21 años, incluya a sus padres si viven en el mismo hogar. (Nota: Si usted es un solicitante soltero de 21 años o más sin dependientes, no seleccione ningún familiar.)

Tipo de ingreso	Ingreso recibido		
	Propio	Cónyuge	Familiar(es)
1. Salario/sueldo/bonificación/comisiones (antes de deducciones)			
2. Compensación por desempleo o beneficios para veteranos			
3. Jubilación por Seguro Social/beneficios para sobrevivientes/SSI			
4. Otras pensiones o jubilación			
5. Seguro Social por Incapacidad u otro ingreso por incapacidad			
6. Indemnización laboral o beneficios por enfermedad			
7. Pensión alimenticia o manutención para los hijos			
8. Dividendos/intereses/regalías/ganancias de capital			
9. Ingresos por alquiler (ingreso bruto menos gastos)			
10. Asistencia pública (no incluya cupones para alimentos o LIHEAP)			
11. Negocio/trabajador independiente/sociedad			

- Brinde comprobante de ingreso suyo, de su cónyuge y familiar(es).
- Ejemplos de comprobantes de ingreso aceptables para sueldo/salario bruto:
  - Talón de ingresos correspondiente a cuatro semanas (un mes) de ingreso
  - Comprobantes de 1040, PA 40, PA 1000 del IRS, o declaración de impuestos locales (las declaraciones de impuesto debe estar firmadas aun si se presentaron electrónicamente)
  - Formulario W-2 del año anterior
  - Salarios por trabajos pequeños: Una carta no notariada es aceptable.
  - Carta del HUD (Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano)
  - Carta/documento por escrito del empleador donde figure cuatro semanas (un mes) de ingreso
- Para otros tipos de ingreso, tales como compensación por desempleo, Seguro Social, pensiones, etc., presente una copia de la carta de adjudicación u otra documentación oficial como comprobante.
- Si usted es un trabajador independiente, debe proporcionar una copia de su declaración de impuestos 1040 del IRS más reciente, incluso el Anexo C.
- Si no recibe ningún ingreso, debe proporcionar una carta donde manifieste que actualmente no tiene ingresos y explicar cómo satisface sus necesidades diarias. La carta debe estar firmada y fechada.

**5 Información del administrador de casos**

Si tiene un administrador de casos, complete esta sección.

Nombre del administrador del caso

Número de teléfono del administrador del caso

Correo electrónico del administrador del caso

Nombre de la agencia

Dirección de la agencia

**6 Autorización para la divulgación de información relacionada con VIH a personas específicas**

**SPBP no compartirá su información con nadie excepto usted o su médico profesional (es decir, médico clínico o administrador de caso), a menos que complete este documento.**

Enumere todos los individuos a continuación a los que otorga consentimiento para la comunicación con SPBP.

1. Yo \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del solicitante) estoy solicitando o solicitando nuevamente los beneficios del Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) del Departamento de Salud.
2. Entiendo que SPBP podría necesitar información sobre mí o podría tener que discutir mis circunstancias conmigo u otras personas para determinar si soy o no elegible para los beneficios y para resolver asuntos en relación con mi participación en SPBP.
3. Entiendo que mi información es o podría ser información confidencial bajo la Ley de Confidencialidad de Información Relacionada con el VIH.
4. Entiendo que para que SPBP discuta mis circunstancias o intercambie información sobre mí con personas que no sean yo o mi proveedor de atención médica y administrador de casos, debo brindar a SPBP y a su personal permiso para hablar con aquellas personas.
5. Entiendo que firmar este documento proporcionará permiso durante seis meses, a menos que yo informe a SPBP que no deseo que continúen hablando con una persona específica o a menos que indique que un evento específico hará que retire mi permiso.
6. Entiendo que tendré que firmar una nueva autorización cada vez que vuelva a solicitar el programa.
7. Entiendo que SPBP no discutirá mis circunstancias con personas que no sean yo o mi proveedor de atención médica y administrador del caso sin mi permiso dado en un documento escrito aparte que cumpla con la Ley de Confidencialidad de Información Relacionada con el VIH (35 P.S. sección 7601 y siguientes).

Autorizo al Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) del Departamento de Salud de Pensilvania y sus filiales (Departamento de la Vejez y Servicios de Salud Magellan) a divulgar información relacionada con mi condición de VIH y con mi intención de participar o continuar participando en el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales a los efectos de inscribirme, reinscribirme u obtener beneficios que me correspondan, o pudieran corresponderme, según dicho programa, a cualquiera de las siguientes personas (agregue más hojas si es necesario):

Nombre completo y el título o nombre de la organización, agencia, etc.

N.º 1

Dirección

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Nombre completo y el título o nombre de la organización, agencia, etc.

N.º 2

Dirección

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Nombre completo y el título o nombre de la organización, agencia, etc.

N.º 3

Dirección

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Esta autorización se podrá cancelar en cualquier momento antes de que efectivamente se divulgue la información. Esta autorización, si no la cancelo antes, **vencerá seis meses después de la fecha de mi inscripción** o cuando ya no participe más en el programa.

He leído o alguien me ha leído y explicado esta autorización.

Nombre del solicitante en letra de molde (persona que solicita SPBP)

Número de ID del SPBP (si lo sabe)

**FIRME AQUÍ**

Firma del solicitante (o tutor legal)

Fecha

**7 Declaración de certificación y firma del solicitante****Mis responsabilidades**

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que es mi responsabilidad:

1. Cumplir todas las políticas del programa SPBP como condición de la continuidad de mi elegibilidad;
2. Presentar una solicitud de reinscripción para la revisión de mi información cada seis meses;
3. Actualizar mi dirección, la información de mis ingresos y mi seguro, junto con la documentación de respaldo, cuando ocurra algún cambio;
4. Actuar de manera profesional y responsable al comunicarme con los representantes de SPBP; y
5. Renunciar a los pagos provenientes de compañías de seguros por cualquier cantidad que haya sido pagada por el SPBP en mi nombre y enviarlos de inmediato al programa SPBP.

Entiendo y acepto que el incumplimiento de cualquiera de las responsabilidades antes mencionadas conllevará la suspensión de los beneficios o el rechazo de la solicitud.

**Mis beneficios**

Una vez aprobada esta solicitud de inscripción, tendré los siguientes beneficios:

1. Asistencia con los costos de los medicamentos autorizados cubiertos por el programa SPBP;
2. Asistencia con los costos de los servicios de laboratorio especificados del SPBP solo si no tengo otra cobertura de seguro; y
3. Asistencia con la inscripción en Medicare Parte C y Parte D para los planes que participan con el SPBP y las primas mensuales (si corresponde).

**Mis derechos de apelación**

Si se rechaza mi solicitud de inscripción o reinscripción o se cancelan mis beneficios, tengo el derecho de apelar la decisión. (SPBP le brindará información sobre cómo apelar una decisión desfavorable en una carta por separado).

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verídica, correcta y completa. Acepto cooperar con la documentación que sirva de evidencia para probar la información que he proporcionado o para proveer información adicional que sirva para apoyar mi solicitud según lo requiera el departamento. Entiendo que mi elegibilidad puede ser denegada si no presento información correcta o completa o si no coopero con SPBP según fue solicitado. Entiendo, además, que SPBP puede suspender mi elegibilidad en cualquier momento si se demuestra que la información que proporcioné es falsa e incompleta.

**FIRME AQUÍ**

Firma del solicitante  
(o tutor legal)

Fecha

Mantenemos la confidencialidad de su información y usamos esa información solamente para administrar el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. La información se comparte con proveedores de procesamiento de reclamos con el fin de pagar reclamos farmacéuticos y de laboratorios, si corresponde, y para la coordinación de beneficios.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 1-800-922-9384 o envíe un correo electrónico a [SPBP@pa.gov](mailto:SPBP@pa.gov).

**8 Confirmación del diagnóstico de VIH por un médico clínico autorizado**

1. Si esta es la primera vez que solicita SPBP, entregue esta sección a su médico clínico autorizado para que la complete. Su médico clínico debe incluir su nombre con letra de molde, número de NPI, firma y fecha a continuación.
2. Esta sección no debe ser completada en caso de solicitantes que se estén reinscribiendo en SPBP.

**Confirmation of HIV Diagnosis by a Licensed Clinician**

1. If this is your first time applying to SPBP, give this section to your licensed clinician to complete. Your clinician must include his/her printed name, NPI number, signature and date below.
2. This section does not need to be completed for applicants reenrolling in SPBP.

Applicant's name (printed)

SPBP ID number (if applicable)

Date of patient's last appointment

Based on my personal knowledge and evidence from the medical record, by providing my signature below, I certify that appropriate laboratory tests conclude the patient named in the application has a diagnosis of HIV. I understand that payments for specific HIV medications will be sought from state and federal funds under the Special Pharmaceutical Benefits Program. The misrepresentation, concealment or falsification of information concerning the diagnosis of the applicant may subject the provider to civil or criminal sanctions.

Prescribing clinician's name (printed)

NPI number

**SIGN HERE**

Prescribing clinician's signature

Date

All information submitted will only be used to administer the Special Pharmaceutical Benefits Program. If you have questions about completing this section, please call 1-800-922-9384 or send an email to [SPBP@pa.gov](mailto:SPBP@pa.gov).

Return the completed form to:  
 Department of Health  
 Special Pharmaceutical Benefits Program  
 P.O. Box 8808  
 Harrisburg, PA 17105-8808  
 Or email to: [SPBP@magellanhealth.com](mailto:SPBP@magellanhealth.com)  
 Or fax to: 888-656-0372

**Lista de control de la solicitud (información adicional para entregar a SPBP con su solicitud)****Lista de control para las personas que se inscriben en SPBP por primera vez**

Incluya comprobante de residencia.

Incluya una copia de su tarjeta de Seguro Social.

Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta del seguro médico/para medicamentos (si corresponde).

Incluya la notificación de rechazo de Medicaid (si corresponde).

Incluya prueba de los ingresos de su hogar.

Proporcione el formulario "Confirmación del diagnóstico de VIH por un médico clínico autorizado" de la sección 8 al médico clínico que prescribe para que lo complete, firme y envíe a SPBP.

**Lista de control para las personas que se reinscriben en SPBP**

Incluya comprobante de residencia.

Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta del seguro médico/para medicamentos y notificaciones de cancelación (si corresponde).

Incluya la notificación de rechazo de Medicaid (si corresponde).

Incluya prueba de los ingresos de su hogar.

**Envíe la solicitud completada y las copias de la documentación a:**



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HEALTH

Special Pharmaceutical Benefits Program

P.O. Box 8808

Harrisburg, PA 17105-8808

O envíe un correo electrónico a: [SPBP@magellanhealth.com](mailto:SPBP@magellanhealth.com)

Para enviar por fax: 888-656-0372

Fin de la solicitud de SPBP