



Division of Public Health Services

Office of the Assistant Director

150 N. 18th Avenue, Suite 110
Phoenix, Arizona 85007
(602) 364-3610
(602) 364-3263 FAX
www.azdhs.gov

DOUGLAS A. DUCEY, GOVERNOR
CARA M. CHRIST, MD., DIRECTOR

DECLARACIÓN JURADA DE COMPRENSIÓN PARA LAS PERSONAS QUE DECLINAN LA INSCRIPCIÓN EN EL MERCADO GESTIONADO FEDERALMENTE (FFM)

ANTES DE FIRMAR, LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE Y ASEGÚRESE DE COMPRENDERLO.

El FFM, disponible en www.HealthCare.gov, es el mercado de seguros de salud establecido como parte de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame al ADAP al 602-364-3610 u 800-334-1540. También puede comunicarse con su administrador de casos si tiene preguntas o inquietudes.

Por favor coloque sus iniciales después de cada enunciado, firme y envíe el documento.

Al declinar la inscripción en el FFM y optar por recibir los servicios del programa Ryan White, con entrega de medicación a través del ADAP solamente, tengo entendido que puedo estar sujeto a:

- 1) Una multa del Gobierno Federal. Para el año 2015, la multa consiste en \$325.00 al año o 2% de mis ingresos familiares anuales, o el monto que sea mayor entre estas dos opciones. Tengo entendido que soy plenamente responsable del pago de esta multa; el programa Ryan White y/o el programa ADAP no pueden ayudarme con el pago de esta multa.

Iniciales: _____

- 2) La capacidad de acceder solo a las medicaciones con cobertura según lo enumerado en la Lista de Medicamentos de ADAP.

Iniciales: _____

- 3) La capacidad de recibir atención y servicios solo de mi red local de proveedores de Ryan White.

Iniciales: _____

- 4) Los cargos por algunos servicios, por ejemplo sala de emergencia o atención médica de consulta interna. Tengo entendido que podría acceder a tratamiento de emergencia en la mayoría de hospitales en virtud de la Ley Federal de Tratamiento de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA), y que EMTALA tampoco presta fondos para el tratamiento de emergencia.

Iniciales: _____

- 5) La incapacidad de acceder a algunos servicios, por ejemplo los servicios de empleo, rehabilitación vocacional o preparación para empleo y otros servicios permitidos según lo definido en virtud de la póliza.

Iniciales: _____

****Por favor revise y firme al reverso****

- 6) Una lista de espera, si se impone, debido a la indisponibilidad de financiación a través del programa Ryan White y/o el programa ADAP.

Iniciales: _____

He leído completamente esta declaración jurada de comprensión. Con mi firma, acepto la información y condiciones contenidas en este documento.

Firma del solicitante: _____

Firma del Administrador de Casos o Testigo de ADAP _____

Fecha de la firma: _____

Referencias:

Se puede encontrar la lista de medicamentos de ADAP en <http://www.azdhs.gov/phs/hiv/documents/adap/adap-formulary-providers.pdf>

Se puede encontrar información sobre el Mercado Gestionado Federalmente en <https://www.healthcare.gov/what-if-someone-doesnt-have-health-coverage-in-2014/>