



## PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN DE LA OFICINA DEL SIDA (PREP-AP) SOLICITUD DEL PERÍODO DE ACCESO TEMPORAL (TAP)

### INSTRUCCIONES

Este formulario es para solicitar un Período de Acceso Temporal (TAP, por sus siglas en inglés) para los solicitantes del Programa de Asistencia De Profilaxis Pre-Exposición (PrEP-AP, por sus siglas en inglés). **Un TAP aprobado concede al solicitante 30 días de elegibilidad temporal de PrEP-AP para obtener y presentar la documentación requerida a un trabajador de inscripción certificado.** Todas las secciones pertinentes de este formulario deben completarse y adjuntarse a la solicitud electrónica del solicitante dentro del Sistema de inscripción ADAP (AES, por sus siglas en inglés).

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del cliente: \_\_\_\_\_

### REQUISITO MEDI-CAL

Un solicitante que es potencialmente elegible para Medi-Cal debe presentar una solicitud, y debe firmar y enviar un Formulario de Solicitud de TAP. La solicitud de TAP permite que el solicitante reciba beneficios de PrEP-AP al solicitar Medi-Cal.

**Prueba que solicito para Medi-Cal y / o prueba de la determinación de Medi-Cal-** solicitaré Medi-Cal o solicité Medi-Cal pero mi determinación está pendiente. Proporcionaré a mi trabajador de inscripción una prueba de que solicité Medi-Cal y / o la documentación que muestra mi determinación de elegibilidad de Medi-Cal.

### FALTA DOCUMENTACIÓN NEGATIVA DEL VIH

Los solicitantes que carecen de documentación que compruebe que su estado es VIH negativo pueden solicitar un TAP de 30 días para recibir asistencia con gastos médicos relacionados con PrEP para obtener una prueba de VIH.

**Prueba de estado VIH negativo-** califico para PrEP-AP debido a mi condición de VIH negativo. Proporcionaré a mi trabajador de inscripción una copia de la solicitud del Programa de Asistencia al Paciente de Gilead (PAP por sus siglas en inglés) firmada por un proveedor autorizado en la Red de Proveedores PrEP-AP (solo para clientes no asegurados), o para clientes asegurados, una carta de mi médico, o resultados negativos de una prueba de VIH fechada dentro de los seis meses.

**FORMULARIO DE REFERENCIA DEL PROVEEDOR DE PREP AP (SOLO CLIENTES SIN SEGURO)**

Se requiere que todos los solicitantes sin seguro proporcionen una copia del Formulario de referencia del proveedor PrEP-AP, independientemente de si requieren que un proveedor de la red de proveedores PrEP-AP firme la solicitud Gilead PAP o evalúe clínicamente al cliente para PrEP. No proporcionar el formulario requerirá que el cliente tenga un TAP.

**Presentación del formulario de recomendación del proveedor PrEP-AP-**

entiendo que un proveedor autorizado en la red de proveedores PrEP-AP para debe firmar mi solicitud Gilead PAP (si actualmente no estoy en PAP) y evaluar mi elegibilidad clínica para PrEP. Entiendo que debo devolver la solicitud de PAP firmada y el Formulario de referencia de proveedor de PrEP-AP a mi trabajador de inscripción antes de que expire mi TAP de 30 días para garantizar la elegibilidad continua.

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que toda la información provista en esta solicitud, incluyendo el ingreso del hogar, es completa y precisa. Entiendo que la asistencia del programa terminará si ya no soy elegible para el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) del fabricante de medicamentos o si este medicamento ya no es recetado para mí. Entiendo que tengo un período de acceso temporal 30 días en el cual presentare mi prueba de la aplicación de Medi-Cal y mi elegibilidad PrEP-AP no se extenderá más allá de 30 días si no puedo obtener y enviar la documentación requerida antes de que expire el Período de Acceso Temporal. También entiendo que OA puede solicitar que proporcione documentación adicional si la documentación que envié parece ser inconsistente, inexacto o insuficiente. Acepto notificar de inmediato mi agente de inscripción de cualquier cambio en mi información de elegibilidad, incluidos los cambios en mi residencia, ingresos, y / o cobertura de salud. Entiendo que la falta de proporcionar información precisa u omisión deliberada de información puede resultar en suspensión o terminación de los servicios de PrEP-AP y puedo ser considerado financieramente responsable por cualquier servicio adquirido.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo del agente designado aprobado, si corresponde: \_\_\_\_\_

Firma del agente designado aprobado, si corresponde: \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS O COMENTARIOS**

Comuníquese con el centro de llamadas de OA al (844) 421-7050 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes (excepto días festivos).