



DOCUMENTOS QUE ACEPTA THMP

Este formulario tiene ejemplos de lo que THMP aceptará. Esta lista no contiene toda la información necesaria. Consulte la aplicación para obtener más información. También puede llamar a su agencia local o al THMP.

Toda la aplicación debe ser llenada. Necesitamos la información más actualizada. Por favor firme, incluyendo la fecha en Sección 8 antes de entregar la aplicación. Puede encontrar la aplicación más reciente al: dshs.texas.gov/hivstd/meds/document.shtm.

(1) El THMP necesita prueba de dónde vive. La prueba debe tener su nombre completo y ser actual y válida. Si es **estudiante viviendo fuera de Texas** para atender a la escuela, puede aplicar al THMP si tiene: **a) una carta de negación del ADAP del Estado donde está la escuela, b) prueba de su dirección donde vive en Texas y c) prueba de que está escrito en la escuela.**

(2) El THMP necesita prueba de sus ingresos. Necesitamos saber cuánto gana y que tan seguido le pagan. Si está casado, se necesita lo mismo para su cónyuge. Esto incluye si está en unión libre. También necesitamos saber cuántos niños menores de 17 años o menos que viven con usted. Esto incluye sus propios hijos biológicos o adoptados o hijastros. Usamos esta información para averiguar sus ingresos familiares.

Si no gana ingresos, podemos aceptar otras pruebas:

Si es Estudiante	Podemos tomar una carta que muestre que está inscrito en la escuela y su carta de aprobación de ayuda financiera actual. Esto debe ser de su escuela no de FAFSA.
Si paga sus cuentas con sus ahorros	Una copia de su cuenta de banco más reciente que muestre los depósitos y los retiros de fondos.
Si paga sus cuentas con Manutención de niños	Necesitamos su carta de la División de la Procuraduría General para la Manutención de Niños. Si tiene acuerdo informal de mantenimiento de hijos, podemos tomar una carta de usted y del otro padre. El documento de mantenimiento de hijos tiene que explicar cuánto recibe y con qué frecuencia.
Si usted está sin hogar	Una carta del albergue para personas sin hogar o de una agencia local que debe explicar su situación y donde recibe correspondencia.
Si depende de otra persona	Una copia de la forma Declaración de Manutención completada y firmada por la persona que le da apoyo.

(3) Si usted es nuevo en el programa, pídale a su médico que llene un "Formulario de Certificación Médica" (MCF). Esto nos dirá qué medicamentos necesita.

Si es necesario, THMP solicitará información adicional, incluyendo la copia más reciente de su declaración de impuestos del IRS o prueba que no declaró impuestos.

Documentos Que Acepta THMP

<u>Prueba de Domicilio</u>	<u>Prueba de Ingresos</u>	<u>Prueba de Seguro Medico</u>
<p>Elija uno. Debe ser donde vive actualmente e incluir su nombre.</p> <p>Documentos de vehículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de vehículos valido • Licencia de Manejar valida • Seguro de auto <p>Documentos del Estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de Identificación del estado de Texas • Cartas de beneficios de Medicaid, SNAP y TANF • Carta de beneficio de desempleo <p>Documentos del gobierno federal, ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartas de beneficios del Seguro Social, Medicare • Recibo del servicio postal (USPS) verificando su dirección actual o cambio de dirección • la transcripción de declaración de impuestos o comprobante de que no declaro impuestos (de IRS), W2 • Registro de electores <p>Copias de las facturas (dentro de los 30 días a partir de la fecha de su firma en la aplicación):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato hipotecario o de renta con página de firma • Documentos de impuestos de propiedad • Facturas de electricidad/gas, teléfono fijo, cable <p>Otros documentos (dentro de los 30 días a partir de la fecha de su firma en la aplicación):</p> <ul style="list-style-type: none"> • documentos de empleo (talón de cheque), prueba de inscripción escolar, carta de aprobación de ayuda financiera escolar • correo enviado a usted marcado con la fecha y con el impreso postal del USPS o medidor marcado de USPS • una carta del albergue o trabajador de la agencia (firmada y fechada) para la verificación que esta sin hogar o donde vivir 	<p>Elija uno. Debe mostrar los ingresos recibidos en un mes.</p> <p>Talones de pago actuales del empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talones de cheque demostrando 30 días de trabajo dentro los últimos 60 días <p>Carta de Aprobación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de incapacidad de Seguro Social • Veteranos militares • Jubilación • Pensión conyugal • Beneficios de desempleo. <p>Forma de verificación de ingresos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sí le pagan en efectivo o empezó un nuevo trabajo y no tiene talones de cheque (si es nuevo empleo, debe incluir talón de pago que ha recibido) <p>Copia de Declaración de Impuestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si trabaja por su cuenta, incluya copia de su declaración de impuestos • Su Declaración de impuestos debe estar firmado por usted o la persona quien lo preparo o debe incluir prueba de presentación electrónica • Puede pedir copia de su declaración de impuestos al IRS 30 días antes de entregar su aplicación <p>Formulario de Declaración de Ingresos del Negocio Propio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El formulario debe reflejar sus ingresos de los últimos 30 días. Debe incluir el tipo de trabajo, forma de pago (efectivo, cheque, trueque) y que tan seguido le pagan; debe de estar firmado y fechado. 	<p>Si tiene seguro médico privado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente prueba de cobertura, la Sección 7 completa de la aplicación, y copia de tarjeta de su seguro (anverso y reverso). <p>Si su póliza venció hace menos de 90 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente prueba de vencimiento. <p>Si está interesado para asistencia con COBRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente prueba de vencimiento, y Sección 7 de la aplicación completa, • Copias de los documentos de COBRA y copia de tarjeta de seguro (anverso y reverso) y debe incluir su tarjeta para recetas • Si es elegible, TIAP pagará su prima de COBRA, los deducibles por recetas y los copagos.

Aplicación de Texas para Asistencia con Medicamentos

Por favor envíe su aplicación completa a: Texas Department of State Health Services, ATTN: MSJA - MC 1873, PO Box 149347, Austin, TX 78714-9347 **o por fax al: (512) 989-4011. Si necesita ayuda con este formulario, llame a su agencia local.** Llame al 2-1-1 para obtener información sobre las agencias locales. **Llame al THMP al 800-255-1090 si tiene preguntas sobre esta aplicación.**

Sección 1: Datos personales

1. Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sufijo (Jr., Sr. o III)
--------------------	----------------------	-----------------------	--------------------------------

2. Nombres Anteriores (incluido el apellido materno, los alias y cambios de nombre)	2a. Nombre Preferido o Pronombres
--	--

3. ¿Tiene número de Seguro Social? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Núm. de Seguro Social o de Identificación fiscal/impuesto/TIN:	4. Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):
--	--	--

5. Idioma Preferido: Inglés Español Otro:

6a. Género Actual <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Transgénero M/F <input type="checkbox"/> Transgénero F/M	6b. Sexo al Nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce	6c. ¿Está usted embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha prevista del parto:
---	--	--

7a. Grupo étnico (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano/a (seleccione el origen) <input type="checkbox"/> Mexicano/a, Mexicanoamericano/a, Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino/a o de origen español <input type="checkbox"/> No Hispano/a	7b. Raza (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Asiático/a (por favor seleccione el origen) <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico (por favor seleccione el origen) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño/a o Chamorro/a <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra o se desconoce
---	--

8. ¿Está actualmente casado/a, incluyendo unión libre? No Sí (Si afirmativo, complete 8a-8b para su cónyuge.)

8a. ¿Su cónyuge también está inscrito en TMHP? No Sí

8b. Nombre de Conyugue	Núm. Social de Conyugue	Fecha de Nacimiento de Conyugue
-------------------------------	--------------------------------	--

9. ¿Está en actualidad encarcelado o salió recientemente de la cárcel o prisión?
 No (Si no, vaya a Sección 2.)
 Sí (Si afirmativo, favor de completar 9a. hasta 9d. abajo.)

9a. Nombre de la institución	9b. Núm. de ID Correccional	9c. Fecha de salida
-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------

9d. ¿Cuánto tiempo estuvo encarcelado?

Sección 2: Comprobante de Domicilio (debe estar dentro de los 30 días a partir de la fecha en que firmo la aplicación y/o no vencida)

Envíe **copias de documentos** que comprueben donde vive (su domicilio) con esta aplicación.

Consulte el formulario: Documentos Que Acepta THMP.

10. Domicilio: Indique la dirección donde vive a continuación. Marque el documento que está proporcionando para verificar su dirección: Licencia de Conducir de Texas o Identificación de Texas
 factura de luz, agua u otro servicio público registro de electores registro de vehículos
 correo marcado con el impreso postal y fecha contrato firmado de arrendamiento
 carta de un albergue para personas sin hogar otro:

10a. ¿Está experimentando actualmente la falta de vivienda? **No**

Sí (En caso afirmativo, pase a la Sección 3. Se requiere una carta del trabajador del refugio o de la agencia).

10b. Dirección actual de la calle donde vive ahora (No Utilice apartados de correos ni rutas rurales):

Núm. de Apartamento:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Sección 3: Información de Contacto (¿Cómo puede contactarte THMP?)

11. ¿Puede THMP enviar correo a su dirección residencial, donde vive?

No (pase a #13) **Sí**

11a. Proporcione una dirección postal a continuación a la que THMP pueda enviarle cualquier nueva información.

Dirección postal (Puede utilizar Apartados de Correo y las Rutas Rurales)

Núm. de Apartamento

Ciudad:

Estado:

Código postal:

11b. ¿Cómo puede contactarte THMP? **por correo** **por teléfono**

12. Proporcione números de teléfono a los que el personal de THMP pueda llamarlo.

Primer núm. de teléfono

Segundo núm. de teléfono

12a. ¿THMP puede dejarle un mensaje de correo de voz? **No** **Sí**

13. Si un trabajador de la agencia lo está ayudando a completar esta aplicación, proporcione su información a continuación.

Nombre de Agencia:

Teléfono de Agencia:

Nombre de Trabajador:

Teléfono de Fax:

Sección 4: Información Sobre El Hogar

14. ¿Cuántos de sus propios hijos biológicos o adoptados o hijastros de 17 años o menos viven con usted?

15. ¿Tiene 17 años o menos? **No** (pase a 16) **Sí** (En caso afirmativo, debe completar la información del **Hogar** y los **Ingresos** de cada padre o padrastro que viva con usted.) Si tiene 17 años o menos y **no** vive con sus padres, comuníquese con THMP o con su agencia local para recibir ayuda.

15a. Nombre Completo del Padre o el Tutor Legal

15b. Nombre Completo del Segundo Padre o Tutor Legal (si corresponde)

Núm. de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Núm. de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Sección 5: Comprobante de Ingresos

La elegibilidad por ingresos se basa en los ingresos del hogar para usted y su cónyuge, si está casado o en unión libre. Por favor envíe copias de los documentos que demuestren cómo se mantiene (sus ingresos). Si no tiene ingresos, se requiere documentación de apoyo.

16. ¿Cómo se mantiene? Por favor, marque **TODO** lo que se aplica a continuación, para usted y su cónyuge.

16a. Mis Ingresos (incluya todo lo que corresponda)	16b. Ingresos de mi Cónyuge (incluya todo lo que corresponda)
<input type="checkbox"/> Recibo ingresos de empleo. <input type="checkbox"/> talones de cheque de los últimos 30 días <input type="checkbox"/> declaración de impuestos, firmada y fechada <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> Mi cónyuge recibe ingresos de empleo. <input type="checkbox"/> talones de cheque de los últimos 30 días <input type="checkbox"/> declaración de impuestos, firmada y fechada <input type="checkbox"/> otro:
Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador:
Nombre de Segundo Empleador:	Nombre de Segundo Empleador:
<input type="checkbox"/> Recibo ingresos que no son de un empleo. <input type="checkbox"/> carta de beneficios del Seguro Social <input type="checkbox"/> carta de beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> Mi cónyuge recibe ingresos que no son de un empleo. <input type="checkbox"/> carta de beneficios del Seguro Social <input type="checkbox"/> carta de beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> otro:
<input type="checkbox"/> No tengo ingresos y he incluido: <input type="checkbox"/> Formulario: Declaración de Apoyo <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> Mi cónyuge no tiene ingresos (no es necesario incluir ningún documento)
<input type="checkbox"/> Recibo pagos en efectivo y he incluido: <input type="checkbox"/> Formulario: Declaración de Ingresos del Trabajo Por Su Cuenta de THMP <input type="checkbox"/> Formulario: Verificación de Ingresos <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> Mi cónyuge recibe pagos en efectivo y he incluido: <input type="checkbox"/> Formulario: Declaración de Ingresos del Trabajo Por Su Cuenta de THMP <input type="checkbox"/> Formulario: Verificación de Ingresos <input type="checkbox"/> otro:

17. Si usted o su cónyuge dejaron un trabajo en los últimos 90 días, por favor complete esta sección.

Nombre del empleador:	Fecha de finalización del trabajo:
Nombre del empleador:	Fecha de finalización del trabajo:

Sección 6: Autorización para Divulgar Información

18. Contactos Personales: Si desea que THMP hable con familiares o amigos sobre el estado de su aplicación o programa, indíquelos a continuación. **Tenga en cuenta que esto no es requerido.**

Nombre de la Persona	Relacionado Contigo	Número de Teléfono

Sección 7: Información Sobre el Seguro Médico (Proporcione copia del frente y el reverso de la tarjeta del seguro.)

19. No tengo ningún tipo de seguro médico. Por favor pase a Sección 8.

19a. Actualmente estoy inscrito/a en uno de los siguientes:

- Medicare (Parte A, B, C o D)** **Medicaid** **Seguro Médico Privado**
 Plan Médico de Ley de Asistencia Asequible ACA/Plan del Mercado **COBRA**

Sección 7 (continuado)

Por favor responda las Secciones **20 y 21** sobre su seguro médico y COBRA.

20. Estoy inscrito en un plan de seguro médico privado: **No (pase a Sección 8)**
 Sí (proporcione la información del plan a continuación):

Nombre de la Compañía de Seguro Médico:

Núm. De Póliza:

Teléfono de la Compañía de Seguro Médico:

Mi seguro médico ha terminado. **No**

Sí En caso afirmativo, proporcione **la fecha en que el seguro médico terminó:**

21. Tengo COBRA o perdí el Seguro Médico de mi Empleador en los últimos 90 días y estoy interesado en COBRA: **No (Pase a sección 8.)**

Sí (Complete 21a. y 21b. y presente copias de la documentación de COBRA y cupón de pago.)

21a. ¿Ya envió sus documentos de COBRA?

No **Sí**

En qué fecha los envió:

Número de teléfono del administrador de COBRA:

Fecha límite de la selección o inscripción en COBRA:

Fecha límite del pago inicial de COBRA:

Número de cuenta de COBRA#:

21b. Para aplicar para asistencia de COBRA, debe llamar a su administrador del plan de seguro médico y dar su autorización para que el "Programa de Asistencia con el Seguro del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas" se pueda comunicar directamente con su administrador de plan médico en su nombre o de su parte.

Fecha del trámite:

Sección 8: Certificación (Se requiere la firma y fecha del aplicante y debe estar dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la aplicación. La falta de firma y fecha resultara en la negación de la aplicación.)

Al firmar a continuación acepto:

- Permitir que DSHS y otras agencias estatales, federales y locales verifiquen, compartan y obtengan datos sobre mí o mi cónyuge.
- Permitir que otras personas, empresas y organizaciones compartan información que tengan sobre mí o mi cónyuge con DSHS.
- Permitir que THMP verifique y comparta datos, incluida cualquier información que ayude a THMP a decidir si soy elegible para recibir asistencia con medicamentos a través de THMP, incluyendo información sobre cualquier seguro o plan de Medicare en el que pueda estar inscrito.
- Permitir que THMP verifique estos datos para procesar mi aplicación y en cualquier momento en el futuro mientras estoy inscrito en THMP para ver si sigo siendo elegible para recibir asistencia con medicamentos a través de THMP.

También entiendo que:

- THMP puede cambiar la inscripción, los criterios de elegibilidad o los servicios cubiertos dependiendo de los fondos disponibles.
- Si no ordeno medicamentos de THMP con regularidad o mantengo mi elegibilidad al volver a solicitarlos cada seis meses, THMP me eliminará del programa.
- THMP compartirá mi información con mis proveedores de servicios y trabajadores de la agencia. Me pondré en contacto con THMP si quiero que hagan una excepción.

Mis respuestas son verdaderas: certifico bajo pena de perjurio que la información que proporcioné en esta aplicación es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no es cierto, puedo estar sujeto a un proceso penal. Firmé a continuación para demostrar que estoy de acuerdo con estas declaraciones:

X

Fecha Requerida (mm/dd/aaaa)

Firma del aplicante (o del padre o guardián si el aplicante 17 años o menos) o Trabajador de la Agencia si se completa por teléfono con el cliente *(por favor de escribir y firmar)*

Sección 8: Certificación (continuado)

Los clientes que completen la aplicación en persona deben firmar la aplicación.

Las aplicaciones completadas por teléfono deben incluir el nombre del trabajador de la agencia que completa el formulario, la firma del trabajador y el nombre de la agencia. Aplicaciones presentadas electrónicamente, deben incluir el nombre escrito del trabajador de la agencia en el espacio "nombre del trabajador" constituye una firma electrónica.

Nombre de Trabajador	Nombre de Agencia/Programa	Núm. De Teléfono	Núm. De Fax
-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------	--------------------

To be completed by	Primary Reviewer	Date
secondary reviewer:	Secondary Reviewer	Date

DECLARACIÓN DE APOYO

Use este formulario si el aplicante no tiene ingresos o no puede proporcionar documentación mostrando cómo se mantiene. La persona que proporciona el apoyo debe de llenar y firmar este formulario, **no lo debe** llenar el aplicante.

Yo, _____, certifico que
(Nombre de la persona que da apoyo en letra de molde)

actualmente apoyo a _____, quien vive en el
(nombre del aplicante en letra de molde)

siguiente domicilio: _____.
(calle y numero, ciudad, estado y código postal del aplicante)

Lo/la he apoyado desde _____. Mi relación con el
(fecha)

aplicante es _____.
(ejemplos: madre, padre, esposo(a), compañero de habitación, amigo(a), hermano(a) etc.)

El tipo de apoyo que doy es (marque todo lo que corresponda):

- Habitación/vivienda Alimentos/ropa Renta/hipoteca
 Apoyo con facturas de servicios públicos (agua, luz, gas, etc.)
 Dinero en efectivo de \$ _____ al mes Otro:

Explicación adicional (si es necesaria):

Se pueden comunicar conmigo para verificar esta información al: _____.
(número de teléfono)

Al firmar este formulario, afirmo que la información anterior es una declaración precisa de la asistencia que le proporcione al aplicante. Entiendo que, si omito deliberadamente o doy información falsa, el aplicante puede ser eliminado del programa y/o procesado penalmente.

X
Firma de la persona que da el apoyo

Fecha

Tome nota: Si hay circunstancias especiales alrededor de su situación en casa que necesitarían una explicación o la verificación del trabajador social, el administrador del caso o la enfermera de salud pública haga que le provean una declaración de apoyo detallada a nombre suyo y adjúntela con su aplicación al solicitar la asistencia.

Declaración de Ingresos del Trabajo Por Su Cuenta de THMP

Los ingresos por cuenta propia son cualquier dinero que usted gana trabajando para sí mismo o como subcontratista. No complete este formulario si tiene un trabajo fijo donde le pagan y se sacan impuestos. En su lugar, debe enviar talones de cheque. Si trabaja para otra persona, la persona que lo emplea debe completar el Formulario de Verificación de Ingresos.

Quizás trabaja por su cuenta si es: *niñera, jardinero, jornalero, limpiador de la casa, estilista, mecánico, o una persona que gana dinero de ventas, cosechas, arrendamientos, comisiones, honorarios, o cualquier cosa que hace o vende.*

Primer Nombre y Apellido	Numero Social	Fecha de Nacimiento
--------------------------	---------------	---------------------

Si usa este formulario para mostrar los ingresos que ha ganado por su cuenta propia: Conteste todas las preguntas continuación y firme y escribe la fecha al final formulario.

1. ¿Qué tipo trabajo hace para ganar este dinero?

2. ¿Cuántas horas trabaja cada semana?

3. ¿Cómo le pagan? (*check one*)

- Cheque personal
 en efectivo
 Cheque de nómina
 Otro (por favor especifique):

4. ¿Cuánto tiempo lleva haciendo este tipo de trabajo? (*marque uno*)

- menos de 6 meses
 6 meses a 1 año
 1 año a 5 años
 5 años y mas

5. Llene la siguiente table contarnos todo el dinero que ha ganado del autoempleo de los últimos 30 días.

Fecha	¿Quién pago el dinero?	Cantidad pagada
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Total de ingresos del trabajo por su cuenta:		\$

Las respuestas que he dado en este formulario son verdaderas y correctas a mi mejor saber y entender.

X.	
Firma de la persona que tiene ingresos de negocio propio	Fecha

Verificación de Ingresos

Este formulario debe usarse **solo cuando no hay comprobantes de ingresos disponibles**. Si el empleado tiene talones de cheque, debe proporcionar copias de estos. **Solo el empleador** debe firmar este formulario.

Sección 1: Información Sobre el Empleado

Nombre del Empleado:

Domicilio del Empleado:

Sección 2: Datos de Contacto del Empleador

Nombre del Negocio:

Dirección del Negocio:

Teléfono del Negocio:

Nombre de la Persona de Contacto:

Teléfono de la Persona de Contacto:

Sección 3: Ingresos del Empleado

Tipo de trabajo realizado por el empleado:

Primer Día de Trabajo:

Último Día de Trabajo (si corresponde):

Promedio de horas de trabajo por semana:

Método de pago (*marque una casilla*):

En Efectivo Cheque personal Cheque de nómina Otro (especifique):

Frecuencia del pago (*marque una casilla*):

Semanal Cada dos semanas Quincenal Mensual A diario

Otra (especifique):

Ingresos brutos: \$ _____ por cada periodo de pago

Monto aproximado de propinas o comisiones: \$ _____ semanales

Sección 4: Cobertura médica del empleado

¿El empleador ofrece cobertura médica? Sí No

En caso afirmativo, ¿está o estuvo inscrito este empleado en un plan de cobertura médica?

Sí No

Sección 5: Información Adicional

¿Habrá algún cambio en el empleo de esta persona en los próximos meses?

Sección 6: Certificación (firma y fecha requeridas)

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi entendimiento.

X.

Fecha:

Firma del **Empleador** (*por favor escriba y firme*)

**TEXAS HIV MEDICATION PROGRAM
MEDICAL CERTIFICATION FORM
Fax to (512) 989-4003**

(TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) **Texas HIV Medication Code (if known)** _____

The information requested is necessary to determine the patient's eligibility for program-supplied, HIV-related therapy as prescribed by you. All information requested will be kept strictly confidential by the Texas Department of State Health Services; personal identifying info is never released.

***** Both pages are required. *****

PATIENT INFORMATION

Full Name: _____

Mailing Address: _____ Apt#: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____

Date of Birth (mm/dd/yyyy): _____ Social Security Number: _____

Requested Pharmacy: _____

I hereby certify that this patient has been diagnosed with HIV, and I am reporting the following viral load and CD4 count:

Plasma RNA Viral Load: copies/ml	Test Date (mm/dd/yyyy):	Current CD4 Count:	Test Date (mm/dd/yyyy):
--	--------------------------------	---------------------------	--------------------------------

REQUIRED Is this patient new to any medications in this antiretroviral therapy regimen?
(check one) **Yes** **No**

On the following page, mark the appropriate box to specify supply quantity for each medication prescribed. **Please refer to the [THMP Medication Formulary and Maximum Quantities Table](#) for available dosages and quantities of medications.**

***Note:** Combivir, Descovy, Dovato, Evotaz, Epzicom, Prezcoibix, Truvada, and Juluca each count as 2 ARVs; Atripla, Complera, Odefsey, Trizivir, Triumeq, Biktarvy, and Delstrigo each count as 3 ARVs; Stribild, Symtuza, and Genvoya each count as 4 ARVs. **HLA-B*5701 test result of negative is required for treatment-naïve patients starting medications that contain abacavir (Ziagen, Epzicom, Trizivir, or Triumeq).**

I certify that this patient is being prescribed the medications selected on the attached page.

Physician Signature: _____ TX MD/DO License # _____

Printed Name of Physician: _____

Office Address: _____

Phone: _____ Fax: _____ Date: _____

*****NOTICE*** Changes in therapy after initial approval and/or recertification may be faxed to (512) 989-4003.**

**If this form is completed as part of an initial program application, it should be mailed to:
Texas HIV Medication Program, ATTN: MSJA - MC1873, PO Box 149347, Austin, TX 78714-9347**

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Texas HIV Medication Code (if known): _____

Qty Prescribed (days)		Qty Prescribed (days)		Qty Prescribed (days)	
30 day		30 day		30 day	
<input type="checkbox"/> azithromycin	OR	<input type="checkbox"/> Clarithromycin			(choose one)
<input type="checkbox"/> Dapsone	OR	<input type="checkbox"/> pentamidine	OR	<input type="checkbox"/> SMZ/TMP	(choose one)
<input type="checkbox"/> acyclovir	OR	<input type="checkbox"/> famciclovir	OR	<input type="checkbox"/> Valacyclovir	(choose one)
<input type="checkbox"/> Gynazole (butoconazole)	OR	<input type="checkbox"/> Monistat (tioconazole)	OR	<input type="checkbox"/> terconazole topical	(choose one)
<input type="checkbox"/> fluconazole	OR	<input type="checkbox"/> itraconazole	OR	<input type="checkbox"/> Voriconazole	(choose one)
<input type="checkbox"/> atovaquone (Mepron)				<input type="checkbox"/> clindamycin	
<input type="checkbox"/> clotrimazole troche				<input type="checkbox"/> Daraprim (pyrimethamine)	
<input type="checkbox"/> ethambutol				<input type="checkbox"/> isoniazid	
<input type="checkbox"/> leucovorin calcium tablets				<input type="checkbox"/> megestrol acetate oral susp	
<input type="checkbox"/> nystatin oral susp				<input type="checkbox"/> Oravig (miconazole)	
<input type="checkbox"/> prednisone				<input type="checkbox"/> primaquine phosphate	
<input type="checkbox"/> rifampin				<input type="checkbox"/> rifabutin	
<input type="checkbox"/> sulfadiazine				<input type="checkbox"/> Valcyte (valganciclovir)	

ANTIRETROVIRALS RX: MONTHLY CLIENT LIMIT OF FOUR ANTIRETROVIRALS (ARVs)

30 day		30 day		30 day	
<input type="checkbox"/> Aptivus (TPV)		<input type="checkbox"/> Atripla (ABC/FTC/TDF)		<input type="checkbox"/> Biktarvy (BIC/FTC/TAF)	
<input type="checkbox"/> Combivir (AZT/3TC)		<input type="checkbox"/> Complera (FTC/RPV/TDF)		<input type="checkbox"/> Delstrigo (DOR/3TC/TDF)	
<input type="checkbox"/> Descovy (FTC/TAF)		<input type="checkbox"/> Dovato (DTG/3TC)		<input type="checkbox"/> Edurant (RPV)	
<input type="checkbox"/> Emtriva (FTC)		<input type="checkbox"/> EpiVir (3TC)		<input type="checkbox"/> Epzicom (ABC/3TC)	
<input type="checkbox"/> Evotaz (ATV/c)		<input type="checkbox"/> Genvoya (c/EVG/FTC/TAF)		<input type="checkbox"/> Intelence (ETR)	
<input type="checkbox"/> Invirase (SQV)		<input type="checkbox"/> Isentress (RAL)		<input type="checkbox"/> Isentress HD (RAL)	
<input type="checkbox"/> Juluca (DTG/RPV)		<input type="checkbox"/> Kaletra (LPV/r)		<input type="checkbox"/> Lamivudine/Tenofovir (3TC/TDF)	
<input type="checkbox"/> Lexiva (FPV)		<input type="checkbox"/> Norvir (ritonavir)		<input type="checkbox"/> Odefsey (RPV/FTC/TAF)	
<input type="checkbox"/> Pifeltro (DOR)		<input type="checkbox"/> PrezcoBix (DRV/c)		<input type="checkbox"/> Prezista (DRV)	
<input type="checkbox"/> Reyataz (ATV)		<input type="checkbox"/> Rukobia ER (fostemsavir)		<input type="checkbox"/> Selzentry (MVC)	
<input type="checkbox"/> Stribild (c/EVG/FTC/TDF)		<input type="checkbox"/> Sustiva (EFV)		<input type="checkbox"/> Symfi (EFV/3TC/TDF)	
<input type="checkbox"/> Symtuza (c/DRV/FTC/TAF)		<input type="checkbox"/> Tivicay (DTG)		<input type="checkbox"/> Triumeq (DTG/ABC3TC)	
<input type="checkbox"/> Trizivir (AZT/ABC/3TC)		<input type="checkbox"/> Truvada (FTC/TDF)		<input type="checkbox"/> Viracept (NFV)	
<input type="checkbox"/> Viramune XR (NVP)		<input type="checkbox"/> Viread (TDF)		<input type="checkbox"/> Ziagen (ABC)	
<input type="checkbox"/> Zidovudine (AZT)					

ATTENTION: The medications below will be suspended November 1, 2021. Please ensure there is a transition plan to another program before adding these medications through THMP.

<input type="checkbox"/> Amlodipine (5mg/#90)	<input type="checkbox"/> Atorvastatin (20mg/#90)	<input type="checkbox"/> Baraclude
<input type="checkbox"/> Duloxetine (30mg/#90)	<input type="checkbox"/> Egrifta (tesamorelin acetate P/F)	<input type="checkbox"/> Gabapentin (300mg/#100)
<input type="checkbox"/> Hydrochlorothiazide (25mg/#100)	<input type="checkbox"/> Lisinopril (10mg/#100)	<input type="checkbox"/> Livalo (2mg/#90)
<input type="checkbox"/> Metformin (500mg/#100)	<input type="checkbox"/> Metoprolol Tart (50mg/#100)	<input type="checkbox"/> Mytesi (crofelemer)
<input type="checkbox"/> Sertraline (50mg/#30)	<input type="checkbox"/> Trazodone (100mg/#100)	<input type="checkbox"/> Vemlidy
<input type="checkbox"/> Zypitamag (2mg/#90)		