

**VERIFICACIÓN DE SEIS MESES**  
**AIDS/HIV DRUG ASSISTANCE AND INSURANCE ASSISTANCE PROGRAM**  
SIX-MONTH VERIFICATION  
AIDS / HIV DRUG ASSISTANCE AND INSURANCE ASSISTANCE PROGRAM

---

Nombre

---

Dirección

---

Ciudad, estado, y código postal

---

Según nuestros registros, usted está inscrito en ADAP y/o IAP. Debe llenar este formulario para permanecer en el programa. Si no lo hace, su cobertura terminará. **Debe enviar este formulario antes del 30 de septiembre de 2021.**

**LADO A**

**Al marcar cada artículo a continuación, estoy de acuerdo con cada afirmación es verdadera.**

- Ahora mismo vivo en el estado de Wisconsin.
- Mi dirección es la misma que aparece en mi última solicitud de ADAP.
- Los ingresos de mi hogar son los mismos que indiqué en mi última solicitud de ADAP.
- El tamaño de mi familia es el mismo que indiqué en mi última solicitud de ADAP.
- Mi seguro es el mismo que indiqué en mi última solicitud de ADAP.

**Si todas las afirmaciones anteriores son verdaderas, marque cada casilla, firme a continuación y devuelva el formulario.**

**Si alguna de las afirmaciones anteriores es falsa, llene el LADO B, adjunte los documentos correspondientes y firme a continuación.**

Por la presente certifico que toda la información que he proporcionado en este formulario de informe es verdadera y completa. Entiendo que estoy sujeto a la terminación de mi elegibilidad de inscripción y al posible enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales si esta información es falsa.

---

**FIRMA** – Solicitante o guardián legal

---

Fecha de la firma

Devuelva ambos lados de este formulario en un sobre marcado como "CONFIDENCIAL" a:

Division of Public Health  
Attn: ADAP  
PO Box 2659  
Madison, WI 53701-2659  
O por fax al (608) 266-1288

**Llene, firme y envíe este formulario antes del 30 de septiembre de 2021.**

**LADO B**

Llene este lado del formulario si ha habido cambios o si no ha marcado todas las casillas en el Lado A.

**DIRECCIÓN**

Si se ha mudado, debe presentar un comprobante de la nueva dirección, como un contrato de arrendamiento, una licencia de conducir actualizada o una factura de servicios públicos a su nombre.

<b>DIRECCIÓN</b>			<b>DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta a la dirección anterior)</b>		
Dirección		Número de apt/unidad	Dirección postal		Número de apt/unidad
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa			Teléfono celular		
¿Está bien dejar un mensaje en este número?			¿Está bien dejar un mensaje en este número?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**INGRESOS Y SALARIOS**

Marque todas las formas de ingresos que recibe y proporcione pruebas para usted y/o su cónyuge:

- Empleo** - Envíe los talones de cheques de pago de usted y / o su cónyuge dentro de los últimos 60 días, o los formularios W-2 del año pasado.
- Empleo por cuenta propia** - Envíe sus impuestos más recientes.
- Otros ingresos (seguro social, desempleo, compensación al trabajador, pensión, retiro, pensión alimenticia recibida y/o ingresos de dividendos o intereses)** - Presente la carta de adjudicación, los impuestos o la declaración de beneficios de este año para usted y/o su cónyuge.
- Ningún ingreso** – Díganos cómo recibe apoyo (familiares, amigos, asistencia pública, etc.).

**Recibo apoyo de:**

**Tamaño de la familia**

Si el tamaño de su familia ha cambiado, indique la cantidad de personas que viven en su casa, sólo cuenta usted, su cónyuge y/o sus dependientes legales.

**Seguro**

Si su seguro ha cambiado, comuníquese con su administrador de casos y el personal del ADAP para que informe los cambios.

**Llene, firme y envíe este formulario antes del 30 de septiembre de 2021.**