

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido		Nombre			
Fecha de nacimiento (mes / día / año)		También Conocido Como (Incluyendo nombre de soltera & sobrenombres)			
Género con el que se identifica <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero – Hombre a mujer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero – Mujer a hombre		Género Asignado al Nacer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Preferencia de Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			Número de Seguro Social (SSN)*		
Domicilio <input type="checkbox"/> Indigente Apto./No. de Unidad		Ciudad	Estado	Código Postal	¿Le podemos enviar correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio Postal <i>(Si es distinto del domicilio)</i> Apto./No. de Unidad		Ciudad	Estado	Código Postal	¿Le podemos enviar correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Iniciales: Entiendo que si no proporciono un domicilio postal NO recibiré notificaciones de elegibilidad o correo de mis proveedores de _____ servicios Ryan White. Si proporciona dirección postal abajo, UNICAMENTE se enviarán medicamentos (Rx) a esa dirección.					
Dirección de envío de medicamento <i>(Si es distinto del domicilio postal)</i>		Apto./No. de Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Correo Electrónico			¿Acepta correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Teléfono _____ Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ¿Se puede dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Teléfono alternativo _____ Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ¿Se puede dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Persona de Contacto		Relación	Número de Teléfono	¿Saben su diagnóstico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del trabajador de Casos de Ryan White		Agencia	Número de Teléfono	¿Llamare n lugar del cliente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del Doctor		Nombre de la Clínica	Número de Teléfono	Número de Fax	

**La información del número de seguro social no se usa para determinar la elegibilidad. Se utiliza para verificar los ingresos, la elegibilidad de AHCCCS, o verificar la cobertura de Medicare.*

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Application Type: Initial/New Birthday Renewal Birthday Re-Enrollment
Applicant is applying for: RWPA RWPB RWPC ADAP Dental
Date Received: - - / Logged In/_____ Assigned Reviewer: _____
Date Reviewed: - - / Complete Pre-Approved Incomplete

FOR PRE-APPROVED APPLICATIONS
 Pending Documents: DX \$\$ Labs AHCCCS Determination BVF Other: _____
 BVF Distributed - - / MPP/Lab Request Sent to: _____ on - - /
 Client Advised of Status & Add. Info Needed on - - / Type: E-Mail VM TC FF

FOR INCOMPLETE APPLICATIONS
 Missing Documents: DX \$\$ RES Other: _____
 Reminder Contact Date: - - / Type: E-Mail VM TC FF
 Form to be Sent: - - / Sent: - - / To be Closed on: - - /
 Missing Documents Received: - - /

_____ / _____ / _____
Date Complete/Pre-App Date Scanned Date Entered in RWISE

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

RESIDENCIA

Por favor proporcione UNO de los siguientes documentos de residencia que hayan sido expedidos dentro de los plazos permitidos.

- Los documentos deben estar fechados incluyendo el nombre del cliente y el domicilio (no incluya apartado postal).
- **Adjunte las copias a esta solicitud.**

DOCUMENTOS DE RESIDENCIA (Marque UNA y adjunte una copia del documento)

- Hipoteca, contrato de arrendamiento / alquiler o carta de vivienda no permanente - *Emitido para el año en curso*
- Cualquier documento o correspondencia con el nombre y domicilio -del cliente – *Más reciente, que no halla caducado*
- Cualquier documento o correspondencia con el nombre y domicilio del cliente – *Emitido en los últimos 60 días*
Los ejemplos incluyen: AHCCCS, DES, Medicare, factura de servicios públicos, estado de cuenta bancario, otras facturas, talones de cheques
- Licencia de conducir o tarjeta de identificación de AZ – *Emitida durante el último año*
- Registro tribal – *Más reciente, que no halla coducado*
- Certificación de residencia o certificación de indigencia firmada por un proveedor medico, un proveedor de servicios sociales, un familiar (El escrito debe estar debidamente firmado y fechado con el nombre del cliente, fecha de nacimiento y domicilio del cliente)

Declaración de Residencia

Puede ser completado por el Proveedor Médico, Trabajador de Casos, Especialista en Elegibilidad de Ryan White, Familiar o Amigo

Yo, _____, afirmo a lo mayor de mi conocimiento,

Nombre cliente: _____

Vive en: _____

Nombre en Imprenta

Relación con el cliente

Firma

Fecha

Attestation of Homelessness

Para uso de la agencia: Solo puede ser completado por un servicio social o proveedor de servicios médicos.

I affirm to the best of my knowledge: _____

is homeless at this time.

Staff Member Name

Name of Provider Agency

Staff Member Signature

Date

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

INGRESOS Y TAMAÑO DEL HOGAR

Por favor proporcione UN MES CONSECUTIVO de comprobantes de ingresos.

- Proporcione los documentos de ingresos emitidos dentro de los plazos permitidos.
- **Adjunte copias a esta solicitud.**

DOCUMENTOS DE LA FUENTE DE INGRESOS (marque TODAS las que correspondan y adjunte copias)
<input type="checkbox"/> Carta anual de verificación de ingresos – <i>Seguro Social, VA, pensión anual, etc.</i>
<input type="checkbox"/> Otras cartas de verificación de ingresos – <i>TANF, Desempleo, etc.</i>
<input type="checkbox"/> Mes de talones de cheques o una carta de verificación de empleo de la compañía donde trabaja si no recibe talón de cheques. Debe ser fechado dentro de 60 días de la aplicación
<input type="checkbox"/> Registros de trabajo por cuenta propia - <i>utilizar hoja de trabajo por cuenta propia y otros documentos solicitados</i>
<input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos no mencionadas anteriormente - <i>Requiere Certificación de Ingresos o carta de manutención</i>
<input type="checkbox"/> Sin ingresos - <i>Requiere Certificación de Ingresos o carta de manutención</i>

CUADRO DE INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR					
Enumere a cada miembro de la familia (cónyuge legal, hijos biológicos / adoptados / hijos que viven con usted) y cualquier persona que reclame como dependiente en su declaración de impuestos					
Solicitante o Nombre del Miembro de la Familia	Relación	Ingreso Mensual Bruto	Fuente	¿Mayores de 18 años?	¿Reclamado en sus impuestos?
Solicitante	Yo Mismo			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de personas en su hogar		Ingresos mensuales Brutos		Ingreso anuales Brutos	

ESTADO DE EMPLEO DEL SOLICITANTE / ADULTO EN LA UNIDAD FAMILIAR		
<input type="checkbox"/> Trabaja: _____ horas por semana <input type="checkbox"/> Por Temporada / Temporal <input type="checkbox"/> Estudiante universitario de tiempo completo o parcial	<input type="checkbox"/> Ingreso de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Social (SS) <input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación	<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Otro (describir): _____ _____

CERTIFICADO DE INGRESOS
Confirmando que me apoyo de la siguiente manera: (Marque y complete todos los que correspondan)
<input type="checkbox"/> Soy indigente y vivo en un refugio.
<input type="checkbox"/> Estoy recibiendo asistencia para obtener comida, agua, vivienda y ropa de: _____ <i>Por favor incluya una carta de manutención económica de la persona, quien complete el "Certificado de Manutención" a continuación.</i>
<input type="checkbox"/> Otro: _____
Certifico que, la información aquí emitida es cierta y fidedigna

CERTIFICADO DE APOYO
Yo _____ estoy proporcionando ayuda económica a _____ para que él / ella obtenga comida, agua, vivienda y ropa.
_____ Firma
_____ Fecha

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

SEGURO MÉDICO / DENTAL / OTRO PAGADOR

Si tiene cobertura médica, adjunte copias de TODAS las tarjetas médicas / dentales / recetas médicas.
Se le pedirá que proporcione una prueba de negación de cobertura de seguro de salud si es potencialmente elegible.

EVALUACIÓN DE COBERTURA MÉDICA

MEDICAID de ARIZONA - AHCCCS

¿Estado de solicitud de AHCCCS?

- Inscrito – Nombre del plan: _____
Fecha efectiva: ____/____/____
- Negado - Fecha: ____/____/____
- Pendiente – Fecha de solicitud: ____/____/____
- Elegible Servicios federales de emergencia (FES)
- No Aplicable: _____

MERCADO DE SEGURO (FFM)

¿Estado de solicitud para FFM?

- Inscrito – Nombre del plan: _____
Fecha efectiva: ____/____/____
- Pendiente para el periodo de inscripción abierta - Año: ____
- No hay período de inscripción especial (SEP)
- Pendiente – Fecha de solicitud: ____/____/____
- No Aplicable Categoría no elegible Otra Cobertura

SEGURO MÉDICO (MEDICARE)

¿Cuál es su estado de Medicare?

- Inscrito – Fecha efectiva: ____/____/____
- A B D Nombre del plan: _____
- Advantage Plan
- Seguro Suplementario de Medicare
- Nombre del plan _____
- ¿Será elegible para Medicare en los próximos 12 meses?*
- Sí No Fecha efectiva : ____/____/____
- ¿Ha estado inscrito en Medicare anteriormente?*
- Sí No Fechas de cobertura _____a_____

Not applicable <65 No discapacitado Categoría no elegible

¿Si está inscrito en Medicare, ¿cuál es su Subsidio de Ayuda Adicional / Bajos Ingresos?

- Inscrito - ____% Subvención Pendiente – Fecha de solicitud: ____/____/____ Negado - Fecha: ____/____/____

OTROS PROGRAMAS GUBERNAMENTALES DE SEGURO DE SALUD

¿Es usted elegible para recibir Veterans Affairs?

- Sí No

¿Es usted elegible para recibir Indian Health Services?

- Sí No

SEGURO DE SALUD PRIVADO O EMPLEADOR

- Inscrito -- Nombre del Plan del Proveedor de Seguros: _____
- Recibo un seguro médico de: Mi Trabajo Cónyuge / pareja doméstica o padre Plan Individual, Privado COBRA
- ¿Están cubiertos los medicamentos recetados? Sí No
- No estoy inscrito pero puedo obtenerlo de: Mi Trabajo Cónyuge / pareja doméstica o padre Plan Individual, Privado COBRA
- No soy elegible para obtener un seguro a través de mi trabajo, cónyuge / pareja doméstica, padre o COBRA
- Si usted y / o su cónyuge están empleados pero no tiene cobertura de seguro ofrecida por su trabajo, por favor haga que su trabajo llene el Formulario de Verificación de Beneficios.**

SEGURO DENTAL

- ¿Es usted elegible, o está inscrito en un programa de seguro dental que no sea Ryan White?* Sí No Nombre del plan: _____
- ¿Se le ha negado seguro dental por un programa para el cual califica de alguna otra forma?* Sí No

ANÁLISIS PARA OFERTA DE SERVICIOS

¿Ha visto a su médico en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido análisis de sangre en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está tomando medicamentos para el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene vivienda estable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede usted proporcionar su necesidades de vida diaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene transporte para satisfacer sus necesidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas con el estrés o la depresión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas de adicción o abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Desea servicios para obtener ayuda con alguno de los problemas anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

RWPA/B/ADAP ATESTACIÓN Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Por favor revise cada declaración y firme a continuación:

- Puedo calificar para los servicios financiados por Ryan White incluso si tengo otro seguro médico.
- Informaré cualquier cambio en los ingresos de mi hogar, mi dirección y otras cosas que puedan afectar mis servicios. Si no lo hago, es posible que yo no sea elegible o que tenga que volver a pagar el Programa Ryan White.
- Al menos cada seis meses, completaré el proceso de elegibilidad requerido o no podré permanecer en el programa.
- La información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta según mi mejor conocimiento y entender. Cualquier artículo no declarado puede resultar en pérdida de elegibilidad.
- Reconozco que he recibido una copia del Aviso del Programa Ryan White sobre Prácticas de Privacidad, Derechos / Responsabilidades del Cliente y Política de Quejas de Cliente, según corresponda.
- Mi inscripción puede ser terminada si exhibo un comportamiento violento o amenazante a cualquier representante del Programa Ryan White / ADAP.

Yo, _____ (Nombre del Cliente), Autorizar Direcciones de Cuidado, Escuela de Odontología y Salud Bucal de Arizona, Chicanos Por La Causa, Beneficios para Empleados y Salud del Condado de Maricopa, Casa de ébano, Sistema Integrado de Salud Maricopa, Oficina de Educación y Promoción de Salud del Condado de Maricopa, Phoenix Indian Medical Center , Socios del Programa de VIH / SIDA de Ryan White y / o Contratistas, todos los concesionarios y / o contratistas de la Parte B de Ryan White, SAAF / Delta Dental y ADAP para divulgar mi información de salud protegida (PHI) Y otra información de mis registros a cualquier Beneficiario o Contratista del Programa Ryan White para el VIH / SIDA (RWHAP) que esté operando en el Estado de Arizona.

La finalidad de la divulgación es permitir a los Donatarios y / o Contratistas de RWHAP intercambiar mi PHI u otra información de mis registros a Ryan White Contractors and Grantees con el propósito de:

- Continuidad de la atención, el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, incluyendo la elegibilidad, la demográfica, la prima del seguro médico y el pago de copago, el tratamiento de emergencia y / o los pagos a los contratistas u otra información estadística;
- Reporte obligatorio, incluyendo informes de datos a nivel de cliente;
- Divulgaciones requeridas por la ley;
- Proceso legal y procedimientos;
- Supervisión incluyendo revisiones de aseguramiento de calidad y auditorías de los servicios financiados por Ryan White;
- Divulgación a un examinador médico;
- Divulgación de las condiciones de salud pública; y
- Inclusión en sistemas de datos compartidos para demografía, elegibilidad y otros informes estadísticos;
- Si en el curso de la prestación de servicios a un cliente, un Beneficiario o Contratista de RWHAP identifica información que podría ser perjudicial para el cliente o el público; El proveedor puede informar dicha información a las autoridades competentes.

Si es necesario para los propósitos mencionados arriba, autorizo la divulgación de la siguiente información por el período de tiempo desde la fecha de mi firma hasta el final del mes a un (1) año a partir de la fecha de mi firma:

- VIH/SIDA y otra información de enfermedades transmisibles, incluyendo Asesoramiento y Pruebas de VIH
- Información sobre tratamiento de Salud Conductual, Salud Mental o Psiquiátrico; y/o
- Información sobre tratamiento de abuso de sustancias.

A menos que revocar esta autorización antes, expirará al final del mes un (1) año a partir de la fecha de mi firma. También entiendo que mi revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta versión. Para revocar esta autorización, debo presentar una solicitud por escrito a las siguientes agencias:

Central Eligibility Office, Care Directions, 1366 E. Thomas Road, Suite 203, Phoenix, AZ 85014 OR
Arizona Department Health Services, 150 N. 18th Ave. Suite 130, Phoenix, AZ. 85007

Al firmar esta Divulgación de Información, eximo a todos los Beneficiarios y Contratistas de Ryan White, a sus empleados, oficiales, directores, personal médico y agentes de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de información hasta el punto indicado y autorizado en esta Versión. También entiendo que los Beneficiarios y Contratistas de Ryan White mantendrán la confidencialidad de mi PHI divulgada u otra información y que usarán mi PHI u otra información solamente para los propósitos listados arriba.

Nombre impreso

Firma

Fecha

Firma del Representante Legal

Relación con el cliente

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

GUÍA DEL DOCUMENTO DE APOYO

DOCUMENTOS DE APOYO REQUERIDOS - TODOS LOS SOLICITANTES

- Prueba de Residencia – ver página 2 para documentos aceptados
- Comprobante de ingresos – ver página 3 para documentos aceptados
- Carta de Apoyo – *si es aplicable*
Si usted firmó el Certificado de ingresos y / o Apoyo, la persona que lo ayude debe proporcionar una carta de apoyo.
- Comprobante de cobertura de atención médica (según corresponda)
- Tarjeta AHCCCS o carta de aprobación
- Tarjeta de Medicare
- Tarjeta privada de seguro médico
- Negación de AHCCCS – fechada dentro del año calendario (REQUERIDA sólo para clients con ingresos \leq 150% FPL)
- No se aceptan negaciones por no presentar la documentación
 - La inscripción en los Servicios de Emergencia Federal (FES) se considera una negación de AHCCCS.
- Isi vive en el condado de Maricopa o Pinal, las negaciones que apliquen seran generadas a través de la Oficina Central de Elegibilidad.*
- Resultados del Laboratorio de la Carga Viral (copia del informe del Laboratorio de la Carga Viral o Página de Proveedor Médico (MPP))
- Plantilla de ingresos

DOCUMENTOS DE APOYO REQUERIDOS - ADAP / RWPB

- Carta de determinación de subsidio / asistencia adicional de bajos ingresos de Medicare (LIS) con fecha de 2 años (REQUERIDA sólo para clients con ingresos \leq 175% FPL)
- Si está o estuvo inscrito en la FFM y recibe asistencia de la prima de ADAP, adjunte una copia de sus impuestos federales del año anterior
- Página de proveedor médico (MPP) completada y firmada por su proveedor médico (sólo clientes ADAP 340B)

DOCUMENTOS DE APOYO REQUERIDOS - Sólo nuevos solicitantes

- Adición del nuevo solicitante
- Prueba del diagnóstico de VIH (sólo clientes RWPA)
- Página de proveedor médico (MPP) completada y firmada por su proveedor médico

DOCUMENTOS DE APOYO ADICIONALES -Requeridos bajo ciertas circunstancias

- Formulario de Verificación de Beneficios / Empleo
- Formulario de Anulación del Proveedor Médico de 90 Días
- Declaración Jurada de Entendimiento para las personas Inscritas en un Plan de Salud del Mercado facilitado por el Gobierno Federal
- Hoja de trabajo de Ryan White para las personas que Trabajan Por Cuenta Propia