

ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP – RENOVACIÓN DE 6 MESES

Por favor complete el siguiente formulario. Si su ingreso ha cambiado desde su última solicitud, por favor proporcione un mes de ingresos.

Si su seguro ha cambiado desde entonces, por favor proporcione copias de todas las tarjetas de seguro actuales.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellidos	Nombre	Fecha de nacimiento (mes / día / año) ____/____/____
-----------	--------	---

DIRECCION Y TELEFONO

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 (Si es distinto del domicilio)	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, ÚNICAMENTE se enviarán medicamentos (Rx) a esa dirección.

Dirección de envío (Si es distinto del domicilio postal) de medicamento	Apto./No. de Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal
---	---------------------	--------	--------	---------------

Teléfono Primario () -	¿Le podemos dejar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono Secundario () -	¿Le podemos dejar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------------	--	------------------------------	--

INTEGRANTES EN LA FAMILIA O INGRESOS

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"/> Trabajando: _____ horas por semana	<input type="checkbox"/> Ingreso de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Por Temporada / Temporal	<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Social (SS)	<input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia
<input type="checkbox"/> Estudiante universitario de tiempo/completo o parcial	<input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Otro (describir): _____
	<input type="checkbox"/> Ingresos de jubilacion	_____

SEGURO MÉDICO Y PROVEEDOR MÉDICO

<input type="checkbox"/> AHCCCS	<input type="checkbox"/> Privado – Empleador: _____	<input type="checkbox"/> Veterans Affairs
<input type="checkbox"/> ALTCS	<input type="checkbox"/> Privado – Individual: _____	<input type="checkbox"/> Indian Health Service
<input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Mercado de Seguros Médicos (FFM): _____	<input type="checkbox"/> Servicios Médico Federales de de Emergencia (FES)
<input type="checkbox"/> Subvención de bajos ingresos (LIS)	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sin seguro medico
<input type="checkbox"/> Advantage Plan		PROVEEDORES MÉDICOS: _____

FIRMA

En base a mi conocimiento, la información en ésta solicitud es verdadera y exacta. Cualquier información no declarada podría resultar en la pérdida de elegibilidad. Infaromaré cualquier cambio en el ingreso de mi hogar, el número de integrantes en mi hogar, dirección, seguro de salud y/o cualquier otra cosa que pudiera afectar mi elegibilidad para servicios. De no hacerlo, afectaría mi elegibilidad o podría ser responsable por la devolución de los costs previamente cubiertos por el Programa Ryan White

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

By signing below, I affirm I have completed this renewal form with the client via phone on (date) ____/____/____ at (time) ____:____ AM/PM

Representative Signature: _____ Date: _____

Authorized Representative must be a Ryan White Case Manager, ADAP Representative or Central Eligibility Specialist

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Application Type: <input type="checkbox"/> Initial/New	<input type="checkbox"/> ½ Birthday Renewal	<input type="checkbox"/> ½ Birthday Re-Enrollment
Applicant is applying for: <input type="checkbox"/> RWPA	<input type="checkbox"/> RWPB	<input type="checkbox"/> RWPC
<input type="checkbox"/> ADAP	<input type="checkbox"/> Dental	
Date Received: ____ - ____ / ____	<input type="checkbox"/> Logged In/_____	Assigned Reviewer: _____
Date Reviewed: ____ - ____ / ____	<input type="checkbox"/> Complete	<input type="checkbox"/> Pre-Approved
	<input type="checkbox"/> 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