



Programa Ryan White de Nevada Incisos ABCD
Documento de Orientación General
Solicitud de Elegibilidad Universal- Cliente Completamente Nuevo

Fecha de la solicitud: _____

(Sólo para uso administrativo) For Administrative Use Only:		
New Ryan White Eligibility:	Start Date: _____	End Date: _____
Case Manager/ Eligibility Specialist Name: _____		

INFORMACIÓN

Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:			Nombre preferido o alias:		
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			NSS o TIN*:		
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	CP:	
Enviar correo a: (de ser diferente del domicilio):		Ciudad:	Estado:	CP:	
1. Teléfono- incluir código:	Tipo:	¿Contacto por correo?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. Teléfono- incluir código:	Tipo:	¿Correo confidencial?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Correo electrónico:		Enviar correo electrónico		¿Contacto por teléfono?	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		¿Dejar mensaje?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

*Información del NSS no determina elegibilidad. Su uso es para verificar Seguro Médico o Medicaid.

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:		1. Teléfono incluyendo código:		Parentesco con el cliente:	
Domicilio:			Ciudad:	Estado:	CP:
Notas:			¿Consciente de la situación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

DEMOGRAFÍA

Identidad de género actual: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino a Fémica (MTF) <input type="checkbox"/> Fémica <input type="checkbox"/> Transgénero Fémica a Masculino (FTM) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transgénero Otro		Género al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Fémica	
Etnia: <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino, (de ser así, indique a continuación) <input type="checkbox"/> Mexicano, México Americano, Chicano/a <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro Hispano, Latino o de origen Hispano		Raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Islands del Pacifico, (de ser así, indique a continuación) <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Guamaniano/Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro Islands del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático, (de ser así, indique a continuación) <input type="checkbox"/> Asiático Hindú <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Nivel Académico: <input type="checkbox"/> Sin secundaria <input type="checkbox"/> Algo de secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Estudios técnicos <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Título Universitario <input type="checkbox"/> Diploma de graduación			
Veterano de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y ESTADO DEL VIH / SIDA

HIV/SIDA: <input type="checkbox"/> HIV Positivo (no SIDA) <input type="checkbox"/> HIV Positivo (Se desconoce fase del SIDA) <input type="checkbox"/> CDC SIDA definido <input type="checkbox"/> HIV Negative (Affected) <input type="checkbox"/> HIV Indeterminado (infants <2 years old)			
Fecha del primer diagnóstico del HIV:	<input type="checkbox"/> Estimado	Fecha del primer diagnóstico del HIV:	<input type="checkbox"/> Estimado
¿Cómo contrajo el VIH según usted? <input type="checkbox"/> Contacto sexual; masculino con masculino <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre, componente sanguíneo o de tejido <input type="checkbox"/> Inyección por consumo de estupefacientes <input type="checkbox"/> Transmisión Perinatal <input type="checkbox"/> Contacto heterosexual <input type="checkbox"/> Indeterminado/desconocido, exposición sin reportar o identificada <input type="checkbox"/> Hemofilia/Trastorno de coagulación <input type="checkbox"/> Otro, por favor indique: _____			

PRUEBA DEL DIAGNÓSTICO

Todos los clientes deben proporcionar en el momento de su inscripción inicial solo un (1) documento médico / legal de la lista a continuación que pruebe la infección por el VIH.

- Seleccione una opción de la lista a continuación y adjunte una copia a esta solicitud

Documentos de prueba del diagnóstico
<input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> Carta membretada firmada por el médico, revelando que el paciente es HIV positivo, con la fecha del diagnóstico adjunto. <input type="checkbox"/> Historial médico electrónico del consultorio del médico, con la firma electrónica del médico, que indica que el interesado es VIH positivo. <input type="checkbox"/> Prueba positiva de VIH (inmune ensayo) y carga viral detectable (ARN del VIH) <input type="checkbox"/> Dos pruebas de VIH positivas (inmune ensayos, deben ser análisis basados en diferentes antígenos o principios diferentes) <input type="checkbox"/> Formulario de la solicitud de prueba del diagnóstico proporcionado por el médico del interesado (CGD 15-39)

MÉDICO BÁSICO

Nombre del Médico de cabecera :	Nombre del especialista del VIH:
¿Cómo obtiene su atención medica primaria del VIH? <input type="checkbox"/> Clínica o distrito de salud financiado con fondos públicos. <input type="checkbox"/> Paciente externo <input type="checkbox"/> Sector Privado <input type="checkbox"/> Sin Fuente primaria de atención medica <input type="checkbox"/> Atención de emergencia <input type="checkbox"/> Otro: _____	

VIVIENDA

¿Cuál es su estado actual de vivienda? <input type="checkbox"/> Vivienda es estable (incluye HOPWA): <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Centro de cuidado a largo plazo <input type="checkbox"/> Vivienda temporal: <input type="checkbox"/> Amigos / Familia (incluido el sofá a sofá) <input type="checkbox"/> Hotel/ Motel/Albergue <input type="checkbox"/> Vivienda de transición o centro de tratamiento <input type="checkbox"/> Vivienda inestable: <input type="checkbox"/> Vivienda para personas sin hogar / albergue de emergencia <input type="checkbox"/> Cárcel / Prisión / Centro de detención
--

Todos los clientes deben proporcionar un (1) documento de residencia de la siguiente lista que muestre su domicilio en Nevada.

- Seleccione una opción de la lista a continuación y **adjunte una copia** a esta solicitud
- **Si su dirección cambia, comuníquese con un especialista o con un administrador de casos para actualizar su dirección**
- La ciudadanía de los Estados Unidos **no** es un requisito de la elegibilidad del programa Ryan White

Documentos de vivienda
<input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento actual <input type="checkbox"/> Licencia de conducir o Identificación del Estado de Nevada <input type="checkbox"/> Recibo de pago de renta o hipoteca (De los últimos 30 días) <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad consular <input type="checkbox"/> Factura de servicios o correspondencia (De los últimos 30 días) <input type="checkbox"/> Tarjeta legal de extranjero residente <input type="checkbox"/> Talones de cheque con su domicilio <input type="checkbox"/> Prueba de pago de impuestos de su propiedad <input type="checkbox"/> Carta de alguna agencia Gubernamental <input type="checkbox"/> Voter Registration/Vehicle Registration <input type="checkbox"/> Distinta carnet de identidad Gubernamental con domicilio <input type="checkbox"/> Prison Release Papers <input type="checkbox"/> Formulario de apoyo a dependientes (CGD 15-48) o una carta: Ver <input type="checkbox"/> Estoy en situación de calle: <input type="checkbox"/> Verificación de domicilio (CGD 15-50) o carta del terrateniente <input type="checkbox"/> Integrar la siguiente declaración de falta de vivienda
<i>De no poder proporcionar un comprobante de domicilio a su nombre, integre el Formulario de asistencia para dependientes (CGD 15-48) o envíe una carta con su dirección actual y una firma de las personas que brindan asistencia.</i>

Declaración de persona sin hogar
Certifico que estoy sin hogar o viviendo en un refugio sin domicilio verificable. Acepto que si mi situación de vivienda cambia, debo notificar de inmediato a la agencia Ryan White Part All Parts (ABCD) y presentar la documentación pertinente. Firma del cliente: _____ Fecha: _____

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR

Haga una lista de las personas que viven en su hogar, como cónyuge legal e hijos que viven con usted, y cualquier persona que declare como dependiente en su declaración de impuestos. *Por favor empiece la lista con el nombre de usted.*

Ciente o nombre del Familiar	Parentesco con el cliente	¿Esta persona paga impuestos?	¿Mayor de 18?	¿Dependiente?
	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
		<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 total de personas en el hogar: _____

INGRESOS ECONOMICOS

La prueba del ingreso familiar se basa en el Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI). El ingreso del hogar incluye todos los ingresos de toda persona que el cliente reclama en sus impuestos o el ingreso de alguien que reclama al cliente como dependiente de sus impuestos.

Todos los clientes y miembros de la familia que figuran en la lista anterior deben presentar comprobantes de la documentación de ingresos de la lista a continuación.

- Elija todas las opciones de ingresos que se aplican a su hogar de la lista a continuación y **adjunte copias** a esta solicitud
- **Si sus ingresos cambian en dado momento, comuníquese con un especialista o con un administrador de casos para actualizar sus ingresos.**

Documentos que avalan su fuente de ingresos
<input type="checkbox"/> Talones de cheques de pago o Declaración de empleo del último mes (el más reciente)
<input type="checkbox"/> Carta de adjudicación anual: Seguro Social, Seguro Social Suplementario (SSI), Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI), Beneficios de Veteranos, Pensión Anual, Jubilación, etc.
<input type="checkbox"/> Otra carta de adjudicación: Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), desempleo, pensión alimenticia / pensión alimenticia, etc.
<input type="checkbox"/> Un (1) mes de estados de cuenta bancarios (solo si no se pueden proporcionar comprobantes de pago o estados de cuenta anuales)
<input type="checkbox"/> Declaraciones de tarjetas de débito prepagas
<input type="checkbox"/> Declaración de ganancias y pérdidas del trabajo por cuenta propia (CGD 16-04)
<input type="checkbox"/> Otra fuente de ingresos: _____
<input type="checkbox"/> Sin ingresos: complete la declaración de no ingresos a continuación

Fuentes de ingresos no gravables
¿Tiene usted, o alguien en su hogar, uno de los siguientes tipos de fuentes de ingresos no gravables?
<input type="checkbox"/> No, nadie en mi hogar cuenta con ingresos económicos no gravables
<input type="checkbox"/> Sí, yo o alguien más en mi hogar tenemos fuentes de ingresos no gravables (marque todo lo que corresponda)
<input type="checkbox"/> Suplemento del ingreso del Seguro Social (SSI)
<input type="checkbox"/> Compensación Laboral
<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos recibida
<input type="checkbox"/> Ingreso por discapacidad de veterano
<input type="checkbox"/> Ingresos sobre préstamos (préstamos escolares / crediticios)
Ingresos autónomos mensuales \$ _____ Ingresos conyugales /del hogar mensuales \$ _____
Fuentes de ingresos gravables
¿Tiene usted, o alguien en su hogar, uno de los siguientes tipos de fuentes de ingresos sujetos a impuestos?
<input type="checkbox"/> No, ni nadie en mi hogar tiene fuentes de ingresos sujetos a impuestos
<input type="checkbox"/> Sí, yo o alguien en mi hogar tenemos una fuente de ingresos sujeta a impuestos (marque todo lo que corresponda)
<input type="checkbox"/> Salarios, sueldos y propinas (bruto antes de impuestos)
<input type="checkbox"/> Ganancias de capital
<input type="checkbox"/> Ingreso de jubilación de la seguridad social
<input type="checkbox"/> Ingreso de alquiler (neto)
<input type="checkbox"/> Ingreso por discapacidad de la seguridad social
<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo
<input type="checkbox"/> Ingreso de negocios / trabajo por cuenta propia
<input type="checkbox"/> Importe sujeto a impuestos de Pensiones e IRA Distribuciones
<input type="checkbox"/> Intereses y dividendos gravables
<input type="checkbox"/> Otros ingresos no exentos (servicio de Jurado, casino)
¿Con qué frecuencia le pagan a usted o su cónyuge / miembro del hogar?
Cada semana: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> cónyuge / hogar
Cada dos semanas: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> cónyuge / hogar
Bimensual- Los días 15 y 30 del mes: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> cónyuge / hogar
Mensual: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> cónyuge / hogar
Ingreso inestable: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> cónyuge / hogar
Uno mismo mensual (antes de impuestos) \$ _____ Cónyuge / familia mensual (antes de impuestos) \$ _____

Deducibles

¿Cuenta usted, o alguien en su domicilio, uno de los siguientes tipos de deducibles?

- No, yo ni nadie en mi domicilio cuenta con deducibles
- Sí, yo o alguien en mi domicilio contamos con deducibles (indique las que correspondan)
 - Deducciones en cuentas de ahorro para la salud
 - Plan de jubilación en el lugar de trabajo: 401K
 - Costos del seguro de salud por cuenta propia
 - Plan de jubilación en el lugar de trabajo: 403B
 - Costos de salud (primas de seguro pagadas por uno mismo)
 - IRA tradicional (no una IRA Roth)

Mensual \$ _____ Mensual Cónyuge / Familia \$ _____

(Solo uso administrativo) FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Monthly MAGI Income Formula: Monthly Taxable Income Sources minus (-) Monthly Deductions

For taxable income, follow these instructions to calculate monthly MAGI income:

- If the individual is Paid Every Week, Every Two Weeks, or has Unstable Income: 1) Add the individual's checks together for the 30-day period, 2) Divide that by the number of checks to calculate an average, 3) Multiply the average by, 4.3 if paid weekly, or 2.15 if paid every two weeks. Repeat for each applicable individual (spouse or household member)
- If the individual is Paid Semi-Monthly: Add the two amounts together. Repeat for each applicable individual (spouse or household member).
- If the individual is Paid Monthly: No calculation is needed.

Monthly MAGI Income: Self \$ _____ Spouse/Household \$ _____ Note: (Non-Taxable Income is not included in MAGI)

Annual MAGI Income: \$ _____

Declaración de no ingreso

Doy fe que no cuento con ingresos comprobables. Reconozco que si mi estado financiero cambia, debo notificar de inmediato a la agencia de Ryan White Part All Parts (ABCD) y presentar la documentación de ingresos.

Recibo ayuda económica con alimentos, agua y necesidades básicas de: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

SEGURO MEDICO

Seleccione todos los tipos de seguro de salud que tiene, luego complete todas las secciones a continuación:

- Medicaid
- Administración de Salud de Veteranos (VA), TRICARE, CHAMPVA
- Partes de Medicare A / B / C / D / Suplemento
- Servicio de Salud Indio (IHS)
- Privado- Individual (Compra directa / Mercado / COBRA)
- Otro seguro de salud: _____
- Privado/Empleado
- Sin seguro de salud

¿Necesita ayuda para inscribirse en un seguro, pagar sus primas de seguro de salud y / o medicamentos? Sí No

Medicaid

¿Está inscrito en Medicaid?

- Sí, estoy inscrito en Medicaid Nombre del plan: _____
- Solicité, me fue negado. Razón: _____
- Solicité, estoy esperando la decisión.
- No, no estoy inscrito porque:
 - Tengo otro seguro de salud.
 - No soy solicitante; Mis ingresos y activos superan los requisitos de elegibilidad de Medicaid
 - Necesito ser canalizado al Medicaid
 - Mis ingresos están por debajo del 138% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), Rechazo ser canalizado al Medicaid

Medicare

¿Está inscrito en Medicare?

- Sí, estoy inscrito en Medicare (marque lo que corresponda)
 - Parte A
 - Parte B
 - Parte C / Medicare Advantage Plan / Plan de salud Nombre del plan: _____
 - Parte D / Plan de medicamentos Nombre del plan: _____
 - Suplemento Medicare o Plan de Retiro Nombre del plan: _____
- No, no estoy inscrito en Medicare
- Si está inscrito en Medicare, ¿recibe Ayuda adicional / Subsidio por bajos ingresos para sus costos de los medicamentos recetados? Sí No

Marketplace/Nevada Health Link

¿Está inscrito en un plan de Servicios / Enlace Nevada Health?

- Sí, estoy inscrito en un Plan de Servicios / Enlace Nevada Health Nombre del Plan: _____
- Solicité, pero me fue negado. Razón: _____
- Solicité, estoy esperando una decisión.
- No, no estoy inscrito porque:
 - Tengo otro seguro de salud.
 - Estoy esperando el periodo de inscripción abierta.
 - Necesito ser canalizado a un especialista en seguros para inscribirme en un Plan de Servicios
 - Mis ingresos están entre el 139% y el 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), Rechazo ser canalizado a servicios

Seguro médico privado o del empleador

¿Está inscrito en un plan de seguro médico privado o de empleador?

- Sí, estoy inscrito * marque los que correspondan Nombre del plan: _____
 - Plan del empleador
 - COBRA
 - Cónyuge / Pareja doméstica / Padre
 - Plan individual privado (no en Servicios)
- No, no estoy inscrito porque:
 - Tengo otro seguro
 - Estoy esperando el período de inscripción abierta de mi empleador
 - No estoy empleado

No estoy inscrito, es posible que pueda obtener seguro a través de: Empleador Cónyuge / Pareja doméstica / Padre COBRA

RYAN WHITE Y OTRAS NECESIDADES DE SERVICIO

- ¿Está tomando constantemente sus medicamentos según lo prescrito? Sí No
- ¿Necesita asesoramiento o instrucción sobre sus medicamentos? Sí No
- ¿Necesita asesoramiento o instrucción sobre la reducción de riesgos? Sí No
- ¿Tiene problemas con el estrés y / o la depresión en su vida diaria? Sí No

¿Qué servicios de la Agencia Ryan White necesita?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ayuda con alimentos y comidas | <input type="checkbox"/> Servicios legales | <input type="checkbox"/> Apoyo psicosocial / Grupos de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Gestión de casos | <input type="checkbox"/> Ayuda financiera de copago médico | <input type="checkbox"/> Terapia por uso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Cuidado dental | <input type="checkbox"/> Terapia de nutrición médica (dietista) | <input type="checkbox"/> Ayuda de transporte |
| <input type="checkbox"/> Ayuda financiera de emergencia (servicios públicos, alquiler) | <input type="checkbox"/> Ayuda con medicamentos | <input type="checkbox"/> Afinidad al tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Educación para la salud / Reducción de riesgos | <input type="checkbox"/> Terapia de salud mental | <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista |
| <input type="checkbox"/> Ayuda de prima de seguro de salud | <input type="checkbox"/> Cuidado prenatal | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ayuda de Vivienda | <input type="checkbox"/> Atención médica primaria o especializada | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Las siguientes declaraciones manifiestan sus derechos y responsabilidades como persona que procura servicios médicos y de apoyo de los Programas Ryan White All Parts (ABCD) en el Estado de Nevada.

Derechos del Interesado

1. *Respeto, cortesía y privacidad*: tiene derecho a ser tratado en todo momento con respeto y cortesía dentro de un ambiente que le brinde el mayor grado de privacidad posible.
2. *Libertad contra la discriminación*: Usted tiene derecho a no ser discriminado por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, edad, discapacidad, por ser veterano u origen nacional.
3. *Acceso a información del servicio de VIH / SIDA*: tiene derecho a que su proveedor de atención médica y / o servicios sociales le informe sobre la gama completa de tratamientos disponibles para el VIH / SIDA y sobre los servicios sociales y de apoyo relacionados. Tiene derecho a ser informado de los riesgos y a discutir los beneficios de los tratamientos / servicios propuestos. Tiene derecho a dar su consentimiento instruido a cualquier tratamiento / servicio o servicio antes de que se proporcionen.
4. *Credenciales de identidad y proveedores*: tiene derecho a conocer los nombres, títulos, especialidades y afiliaciones de todos los proveedores de servicios sociales y de salud, y de cualquier otra persona involucrada en su atención. Tiene derecho a conocer las políticas y procedimientos de la organización de servicios sociales o de salud.
5. *Intercambio de información culturalmente sensible*: tiene derecho a que la información se comparta con usted de una manera respetuosa que sea fácil de entender y que tenga en cuenta las diferencias en los antecedentes, la cultura y las preferencias de cada persona.
6. *Consentimiento y el plan de atención*: tiene derecho a participar en el desarrollo de un plan de atención individualizado antes y durante el curso del tratamiento. Tiene derecho a estar en desacuerdo, cambiar de opinión o solicitar una segunda opinión médica sin afectar la disponibilidad continua de tratamiento / servicios.
7. *Preferencia y acceso al servicio*: Tiene derecho a ser informado de todos los servicios disponibles al momento de su admisión. Usted tiene derecho a elegir y recibir todos los tratamientos y servicios para los cuales califica.
8. *Rechazo de servicio*: tiene derecho a rechazar tratamientos y servicios sin la presión de su proveedor de atención médica o servicio social. Tiene derecho a negarse a participar en estudios de investigación o estudios que el proveedor pueda recomendar. Tiene derecho a cambiar de opinión después de rechazar o dar su consentimiento al tratamiento, los exámenes clínicos, el asesoramiento o cualquier otro servicio sin afectar su atención continua.
9. *Nombrar un defensor*: tiene derecho a elegir un defensor. Es posible que tenga más de un defensor (como un familiar u otra persona) para brindarle apoyo y representar sus derechos.
10. *Directivas anticipadas para la atención*: tiene derecho a recibir directivas anticipadas, como un testamento en vida, un poder para la atención médica o un poder notarial duradero para servicios sociales y de salud.
11. *Acceso a la información financiera*: tiene derecho a hacer preguntas y ver todas sus facturas de atención médica. Usted tiene derecho a obtener referencias y ayuda con cualquier problema de pago.
12. *Confidencialidad y acceso a los registros*: tiene derecho a que todos sus registros se mantengan estrictamente confidenciales y no se divulguen sin su permiso. Tiene derecho a acceder a todos sus registros, a menos que la información se excluya expresamente como se describe en HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud), y a tener copias de estos a un costo justo de copiado.
13. *Transferencia y continuidad de la atención*: Usted tiene derecho a tratamientos y servicios ininterrumpidos. Si es posible, sus solicitudes para dejar un proveedor y ser atendidas por otro deben cumplirse y suceder lo antes posible. Usted NO puede ser transferido a otro proveedor o centro sin una explicación de transferencia. Debe ser informado de opciones disponibles.
14. *Un procedimiento de reclamo del cliente*: tiene derecho a expresar quejas, a sugerir cambios y que se le informe sobre cómo presentar un reclamo (un reclamo formal por escrito). Usted tiene el derecho de hacer esto sin hostigamiento, interferencia o presión. Tiene derecho a solicitar una copia de la política y los procedimientos de quejas de una agencia. Tiene derecho a comunicarse con las Oficinas de Beneficiarios de Ryan White para apelar la decisión de una agencia sobre su reclamo o en cualquier momento si siente que la agencia no responde a su reclamo.

Iniciales: _____

Responsabilidades del Cliente

1. *Respeto, cortesía y confidencialidad*: los proveedores de servicios sociales y de salud tienen derecho a ser tratados con respeto y cortesía en todo momento.
2. *Información correcta y completa*: Usted es responsable de proporcionar a su proveedor información precisa y completa; Debe proporcionar esta información lo mejor que pueda. Usted es responsable de proporcionar información precisa y completa sobre contribuyentes terceros (como compañías de seguros, Medicaid, Medicare) a sus proveedores y sus instalaciones.
3. *Búsqueda de información sobre su caso*: usted es responsable de hacer preguntas sobre la atención que está recibiendo, en caso de no entender completamente.
4. *Seguir los planes de tratamiento*: usted es responsable de seguir los planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado. Es su responsabilidad de informar a su proveedor de inmediato si decide suspender su tratamiento o ir en contra de los consejos de su proveedor.
5. *Citas programadas*: usted es responsable de cumplir con las citas que usted y su proveedor han programado. Si tiene que cancelar, usted es responsable de dar aviso al proveedor.
6. *Reglas y normas de las organizaciones de proveedores de servicios*: Usted es responsable de seguir las reglas y normas de sus proveedores y sus agencias e instalaciones.
7. *Expresar reclamos y quejas*: usted es responsable de expresar reclamos y presentarlos de manera amable, apropiada y oportuna. Debe hacer esto siguiendo la política y el procedimiento de quejas del proveedor, puede pedir ayuda para hacerlo si lo necesita. Usted es responsable de apelar la decisión de una agencia sobre su reclamo ante las Oficinas de Beneficiarios de Ryan White o comunicarse con las Oficinas de Destinatarios si considera que la agencia no responde a su reclamo.

Iniciales: _____

DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL

Por la presente autorizo a cualquiera de las agencias referidas a continuación, a que participan en los programas establecidos en la comunidad Ryan White All Parts (ABCD) y programas de HOPWA en el estado de Nevada para divulgar y compartir información sobre mi elegibilidad, estado de registro médico e información sobre mi detección de VIH diagnóstico y tratamiento. Las siguientes agencias y programas autorizados son:

- ❖ Access Community Cultural Education Programs & Trainings
 - ❖ AIDS Healthcare Foundation
 - ❖ Access to Healthcare Network
 - ❖ Aid for AIDS of Nevada
 - ❖ Carson City Health and Human Services
 - ❖ City of Las Vegas
 - ❖ Community Counseling Center
 - ❖ Community Outreach Medical Center
 - ❖ Clark County Social Service
 - ❖ Dignity Health
 - ❖ Division of Public and Behavioral Health HIV Surveillance
 - ❖ Golden Rainbow

 - ❖ HELP of Southern Nevada

 - ❖ Horizon Ridge Clinic
 - ❖ Huntridge Family Clinic
 - ❖ Las Vegas Urban League
 - ❖ Nevada Division of Welfare and Supportive Services
 - ❖ Nevada Medicaid
- ❖ Medicare
 - ❖ Nevada AIDS Research & Education Society
 - ❖ Nevada Legal Services
 - ❖ Nevada Office of HIV/AIDS
 - ❖ North County Healthcare
 - ❖ Northern Nevada HOPES
 - ❖ Nye County Health & Human Services
 - ❖ Planned Parenthood of the Rocky Mountains
 - ❖ Ramsell Corp. – Pharmacy Benefits Manager
 - ❖ Southern Nevada Health District
 - ❖ The Gay & Lesbian Center of Southern Nevada
 - ❖ University Medical Center- Wellness Center
 - ❖ University Nevada, Las Vegas - College of Medicine - Maternal and Child Wellness Program
 - ❖ University Nevada, Las Vegas School of Dental Medicine
 - ❖ Washoe County Health District
 - ❖ Women’s Development Center
 - ❖ Your Health Insurance Company
 - ❖ Your Physician: _____
 - ❖ Partner/Spouse/Other: _____

La información puede ser divulgada entre las agencias antes mencionadas durante mi inscripción activa en el programa Ryan White All Parts (ABCD). Puedo revocar esta aprobación notificando, por escrito, a la agencia Ryan White donde se integró mi elegibilidad. Entiendo que mis registros están protegidos por las estatutos federales de HIPAA y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en dichos estatutos. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado alguna medida mientras esté vigente. Este consentimiento expira automáticamente un (1) año desde el registro o el consentimiento previamente firmado.

DECLARACION JURADA

Entiendo completamente que al solicitar este programa, estoy divulgando información personal que se utilizará para ayudarme con los beneficios asociados con los Programas de las Partes A, B, C, D de Nevada Ryan White. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial, pero será utilizada por el personal para estudiar mi elegibilidad para este programa. Además, al firmar este formulario, entiendo que la información contenida en este documento se puede utilizar para verificar toda la información de la solicitud proporcionada. Al solicitar este programa, entiendo que esto no significa que mi solicitud será aceptada, ya que los fondos son limitados y se deben cumplir los requisitos de elegibilidad.

Reconozco plenamente:

1. Es mi responsabilidad renovar mi elegibilidad cada 6 meses en o antes del mes de mi nacimiento y 6 meses después (Dos veces por año).
2. Es mi responsabilidad informar cualquier cambio en los ingresos de mi hogar, mi domicilio, mi información de contacto, mi seguro de salud o cualquier otra información que pueda afectar mi elegibilidad o mis servicios.
3. Si no vuelvo a certificarme, mi elegibilidad y mis beneficios se cancelarán.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa a partir de la fecha a continuación y reconozco que cualquier tergiversación intencional o negligente de la información puede resultar en la anulación de esta solicitud y la terminación de los beneficios.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha



**Programa Ryan White de Nevada,
Incisos ABCD Documento de orientación
Documento Adicional**

No se requieren los siguientes formularios, se pueden usar para cumplir con los criterios de elegibilidad para residencia e ingresos. Si no usó los siguientes documentos, marque la primera casilla. Si utilizó uno de los siguientes documentos, marque la segunda casilla, indique el formulario que usó y envíe el (los) formulario (s) con esta solicitud.

Al elegir esta casilla, certifico que **no requiero** el uso de ninguno de los siguientes documentos:

- 15-39 Solicitud de Prueba de Diagnóstico
- 15-48 Formulario de Apoyo para Dependientes
- 15-50 Verificación de residencia
- 16-04 Declaración de pérdidas y ganancias para el trabajo por cuenta propia

Al elegir esta casilla, certifico que **necesito** el uso de los siguientes documentos:

**Por favor elija todas las respuestas convenientes **

- 15-39 Solicitud de Prueba de Diagnóstico
- 15-48 Formulario de apoyo a dependientes
- 15-50 Verificación de residencia
- 16-04 Declaración de pérdidas y ganancias para el trabajo por cuenta propia



**Programa Ryan White de Nevada,
Incisos ABCD Documento de orientación
Request for Proof of Diagnosis (Solicitud de prueba del diagnóstico)**

Client Name (Nombre del Cliente) _____ DOB (FDN): _____

The client noted above has requested services from the Ryan White HIV/AIDS Program. The Common Guidance from Ryan White Parts ABCD requires medical verification of diagnosis to determine eligibility for services. This is only at the client's initial enrollment only.

(El cliente anteriormente mencionado ha solicitado servicios del Programa de VIH / SIDA Ryan White. La Guía común de Ryan White Incisos ABCD requiere la comprobación médica del diagnóstico para determinar la elegibilidad para los servicios. Esto es solamente en la inscripción inicial del cliente.)

This section is to be completed by the client only if the medical provider is not listed on the Universal Consent for Release of Confidential Information.

(Esta sección debe ser completada por el cliente sólo si el proveedor médico no figura en el Consentimiento Universal para la Revelación de Información Confidencial.)

I hereby give my permission to _____ to release the required information to the Ryan White Parts ABCD eligibility providers.

(Por la presente doy mi permiso a ___ para divulgar la información requerida a los proveedores de elegibilidad ABCD de Ryan White Parts.)

Client Signature (Firma del cliente) _____ Date (Fecha) _____

This section to be completed by your medical provider

(Esta sección debe ser completada por su proveedor médico)

Diagnosis Information (Información De Diagnóstico)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HIV Positive not AIDS (VIH positivo no SIDA) | <input type="checkbox"/> CDC defined AIDS (CDC definió el SIDA) |
| <input type="checkbox"/> HIV Positive AIDS Status Unknown (VIH positivo estado de SIDA desconocido) | <input type="checkbox"/> HIV Indeterminate (VIH indeterminado) |

HIV Diagnosis Date (Fecha de diagnóstico del VIH): _____ AIDS Diagnosis Date (Fecha de diagnóstico del SIDA): _____

If available please attach client's latest CD4 and Viral Load lab work.

(Si está disponible, adjunte el último trabajo de laboratorio de embalaje viral y CD4 del cliente.)

Clinician Printed Name (Nombre impreso del médico): _____

Clinician Signature (Firma del médico): _____

License Number (Número de licencia): _____ State Issued (Estado donde se emitió): _____

Telephone Number (Número de teléfono): _____ Date (Fecha): _____

Documento de orientación común de Nevada
Dependent Support Form (Formulario de asistencia a dependientes)

Date (Fecha): _____

Client Name (Nombre del cliente): _____ DOB (FDN): _____

Client Address (Dirección del cliente): _____

If client has no means of support, please indicate the current living arrangement:

(Si el cliente no cuenta con medios de apoyo, indique el acomodo de vivienda actual)

- Permanent House Guest (Invitado permanente de la casa) Temporary House Guest (Invitado temporal de la casa)
 Transitional Housing (Vivienda de transición) Other (Otro): _____

Do you provide financial assistance for the client, such as assistance with food, water, cash, or basic needs?

(¿Brinda usted asistencia financiera al cliente, tal como asistencia con alimentos, agua, efectivo o necesidades básicas?)

- Yes (Sí) No (No)

The person providing support for the above applicant certifies the following: I, _____, hereby affirm, under penalty of perjury, that I have been providing support of the person named above and to the best of my knowledge declare that his person has no other primary means of support.

(La persona que brinda apoyo al solicitante antes mencionado certifica lo siguiente: Yo, ____, por la presente afirmo, bajo pena de perjurio, que he estado brindando apoyo a la persona antes mencionada y, según mi leal saber y entender, declaro que dicha persona no cuenta con los medios esenciales para mantenerse.)

I have provided support (financial or room and board) since: _____
(He proporcionado apoyo (financiero o de alojamiento y comida) desde)

Supporter's Name (please print): _____
(Nombre del colaborador (en letra de molde))

Address (if different than above): _____
(Dirección (si es diferente a la anterior))

Telephone Number: _____
(Número de teléfono)

Relation to the Client: _____
(Relación con el cliente)

Supporter's Signature: _____
(Firma del Partidario)

Documento de orientación común de Nevada
Verification of Residence (Verificación del formulario de residencia)

Date (Fecha): _____

Client Name (Nombre del cliente): _____ DOB (FDN): _____

My current physical address (Mi domicilio físico actual): _____

Street (Calle)

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código postal)

My monthly rent is (Mi renta mensual es): \$ _____ / per month (por mes)

My mailing address is (Mi dirección de correo es): _____

Street (Calle)

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código postal)

I hereby declare that the above information regarding my current living situation is true.

(Por la presente declaro que la información anterior con respecto a mi situación de vivienda actual es verdadera.)

Client Signature (Firma del cliente)

Date (Fecha)

I hereby declare that the above information regarding my tenants living situation is true.

(Por la presente declaro que la información anterior con respecto a la situación de vivienda de mis inquilinos es verdadera.)

Landlord Name- Please Print (Nombre del propietario en letra de molde)

Landlord Signature (Firma del propietario)

Date (Fecha)



**Programa Ryan White de Nevada,
Incisos ABCD Documento de orientación
Declaración de ganancias y pérdidas laborales**

Nombre del cliente: _____ Fecha: _____
Nombre de empresa: _____
Domicilio de la empresa: _____
Tipo de profesion: _____

Por favor, complete a los campos que le correspondan

INGRESO BRUTO	
Ventas Netas <i>(Cantidad total de ingresos por ventas o servicios antes de restar gastos)</i>	\$
Otros ingresos <i>(Cualquier otro fondo adicional obtenido a través de la compañía, como pagos de personas que alquilan espacios o pagos a inversionistas)</i>	\$
Ingreso bruto total antes de impuestos y gastos	\$

GASTOS	
Costo de los bienes ofrecidos <i>(costos directos para producir u obtener bienes ofrecidos por la empresa)</i>	\$
Honorarios contables y legales	\$
Publicidad	\$
Seguro	\$
Mantenimiento y Reparaciones	\$
Suministros	\$
Gastos de nómina- (Salarios y sueldos para empleados de la empresa)	\$
Importe	\$
Alquiler	\$
Licencias	\$
Impuestos	\$
Teléfono	\$
Viajes / Transporte	\$
Utilidades	\$
Otro	\$
Otro	\$
Otro	\$
Otro	\$
Gastos totales	\$

INGRESOS NETOS	
Ingresos Brutos	\$
Impuestos y gastos totales	\$
Ingreso Neto Total <i>(Ingresos Brutos Menos Impuestos y Gastos)</i>	\$

Por la presente declaro que la información anterior con respecto a los ingresos de mi negocio personal es verdadera.

Firma del cliente

Fecha