



**Programa Ryan White de Nevada Incisos ABCD
Documento de Orientación General
Solicitud de Elegibilidad Universal - Auto-Afirmación de Seis Meses**

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Teléfono Principal: _____ Teléfono Alternativo: _____

Si usted está devolviendo este formulario por correo, facsímil, o correo electrónico, ¿cómo le gustaría recibir confirmación de que la agencia ha recibido este formulario?

Por favor asegúrese de que la información en la parte superior de la página esté al día.

- Correo
 Facsímil
 Correo electrónico
 Teléfono

(Sólo para uso administrativo) For Administrative Use Only:

New Ryan White Eligibility: _____ Start Date: _____ End Date: _____
 Case Manager/ Eligibility Specialist Name: _____

VIVIENDA

¿Desde su certificación anual de hace seis meses, se ha mudado/cambiado de vivienda?

- No, mi dirección no ha cambiado
 Sí, mi dirección ha cambiado. (Complete la sección de vivienda)

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR

¿Desde su certificación anual de hace seis meses, ha cambiado el número de personas en el hogar?

- No, no hay cambios en el número de personas que viven en el hogar.
 Sí, hay cambio en el número de personas que viven en el hogar. (Complete la sección de número de personas que viven en el hogar)

INGRESOS

¿Desde su certificación anual de hace seis meses, han cambiado sus ingresos?

- No, mis ingresos han permanecido igual.
 Sí, mis ingresos han cambiado. (Complete la sección de ingresos y anexe todos los documentos de sus ingresos)

SEGURO MÉDICO

¿Desde su certificación anual de hace seis meses, hay cambios de su seguro médico?

- No, no hay cambios de mi seguro médico.
 Sí, hay cambios de mi seguro médico. (Complete la sección de seguro médico)

¿Desde su certificación anual de hace seis meses, tiene elegibilidad para obtener seguro médico a través de su empleador, mercado de seguros médicos, o Medicaid o Medicare?

- No, no ha habido cambios en elegibilidad de seguro.
 Sí, soy elegible para obtener seguro médico. (Complete la sección de seguro médico)

RYAN WHITE Y OTRAS NECESIDADES DE SERVICIO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Está tomando constantemente sus medicamentos según lo prescrito? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Necesita asesoramiento o instrucción sobre sus medicamentos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Necesita asesoramiento o instrucción sobre la reducción de riesgos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene problemas con el estrés y / o la depresión en su vida diaria? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> 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: _____ |

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

Usted ha completado la solicitud de elegibilidad de auto-confirmación de seis meses, a no ser que haya indicado un cambio de vivienda, número de personas que viven en el hogar, ingresos, o seguro médico de la página 1.

En las páginas 2-5, por favor complete las secciones donde indicó que había un cambio. No necesita completar ninguna sección de las páginas 2-5 que no tengan cambios. Si usted tuvo un cambio de vivienda o ingresos, no se olvide de anexar documentación.

VIVIENDA

¿Cuál es su estado actual de vivienda?

- Vivienda es estable (incluye HOPWA): Alquiler Propio Centro de cuidado a largo plazo
 Vivienda temporal: Amigos / Familia (incluido el sofá a sofá) Hotel/ Motel/Albergue Vivienda de transición o centro de tratamiento
 Vivienda inestable: Vivienda para personas sin hogar / albergue de emergencia 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 | Integrar la siguiente declaración de falta de vivienda |

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.

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.*

Cliente o nombre del Familiar	Parentesco con el cliente	¿Esta persona paga impuestos?	¿Mayor de 18?	
	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

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

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

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: _____

Fuentes de ingresos no gravables

¿Tiene usted, o alguien en su hogar, uno de los siguientes tipos de fuentes de ingresos no gravables?

- No, nadie en mi hogar cuenta con ingresos económicos no gravables
- Sí, yo o alguien más en mi hogar tenemos fuentes de ingresos no gravables (marque todo lo que corresponda)
 - Suplemento del ingreso del Seguro Social (SSI)
 - Compensación Laboral
 - Manutención de los hijos recibida
 - Ingreso por discapacidad de veterano
 - 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?

- No, ni nadie en mi hogar tiene fuentes de ingresos sujetos a impuestos
- 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)

<input type="checkbox"/> Deducciones en cuentas de ahorro para la salud	<input type="checkbox"/> Plan de jubilación en el lugar de trabajo: 401K
<input type="checkbox"/> Costos del seguro de salud por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Plan de jubilación en el lugar de trabajo: 403B
<input type="checkbox"/> Costos de salud (primas de seguro pagadas por uno mismo)	<input type="checkbox"/> 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: \$ _____

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



**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:

- 15-48 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 **

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

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	\$
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