



Nevada Ryan White Todas las Partes
Documento de Orientación Común 18-06A
Solicitud universal de elegibilidad. Certificación personal por seis meses

Solo para uso administrativo:

Elegibilidad para New Ryan White:

Fecha de inicio: _____

Fecha de finalización: _____

Nombre:		Fecha de nacimiento _____
----------------	--	-------------------------------------

Si el nombre del cliente ha cambiado desde la última recertificación, provea documentación que lo respalde (por ejemplo: certificado de matrimonio, sentencia de divorcio, licencia de conducir, pasaporte o identificación).

Dirección: <input type="checkbox"/> Sin cambios	Calle: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
---	---------------------	----------------------	----------------------	-----------------------------

*Si el estado de residencia del cliente ha cambiado desde su última recertificación, complete la **Sección de residencia** del formulario Cambio de información del cliente e incluya la documentación de dicho cambio.*

Estado del seguro: <input type="checkbox"/> Sin cambios	<input type="checkbox"/> Nuevo cambio a partir de (fecha) _____ <input type="checkbox"/> No hay ningún tipo de seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare Parte A/AB <input type="checkbox"/> Medicare Parte D	<input type="checkbox"/> Plan de salud ACA <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> VA/CHAMPUS <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
---	--	---

*Si el estado del seguro del cliente ha cambiado desde su última certificación, complete la **Sección de seguro** del formulario Información del cliente e incluya la documentación correspondiente.*

Ingresos: <input type="checkbox"/> Sin cambios	<input type="checkbox"/> Nuevo cambio a partir de (fecha) _____ <input type="checkbox"/> No tengo/No tenemos ingresos <input type="checkbox"/> Ingresos laborales (aumento o disminución) <input type="checkbox"/> Ingresos de negocio propio <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Ingreso del seguro social (SSI, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social por Discapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto/largo plazo <input type="checkbox"/> Ingresos por pensiones/retiro <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención de niños <input type="checkbox"/> Acciones, obligaciones, dividendos en efectivo, fideicomisos, ingresos de inversión, regalías <input type="checkbox"/> Ingresos del cónyuge <input type="checkbox"/> Otros ingresos (Enumere la fuente) _____
--	--	---

*Si el estado de los ingresos del cliente ha cambiado desde su recertificación, complete la **sección Ingresos** del formulario Cambio de información del cliente e incluya la documentación de dicho cambio.*

Tamaño del grupo familiar: <input type="checkbox"/> Sin cambios	<input type="checkbox"/> Nuevo cambio a partir de (fecha) _____ Tamaño del grupo familiar _____
---	---

*Si el número de habitantes ha cambiado desde su última recertificación, complete la **sección Tamaño del grupo familiar** del formulario Cambio de información del cliente e incluya la documentación de dicho cambio.*

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____

Certifico que mi firma en este formulario indica que la información proporcionada es precisa y completa a mi leal saber y entender.

Firma del personal*: _____ **Fecha:** _____

**Los certificados personales deben firmarse por el cliente; los certificados no personales deben incluir "Firma en nombre del cliente" en el recuadro de la firma del cliente Y la firma del administrador de casos para completar el formulario.*

A completar por MCM Agency	Nombre del administrador de casos: _____	Agencia subreceptora: _____	URN del cliente: _____
-----------------------------------	---	------------------------------------	-------------------------------