



**Nevada Ryan White Partes ABCD**  
**Documento de Orientación Común**  
**Formulario de cambio de información del cliente**

Fecha del cambio: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

URN del cliente: \_\_\_\_\_

**Sección I: Residencia (Completar únicamente si hubo un cambio de residencia)**

¿Cuál es su estado actual en cuanto a vivienda?

- Vivo en una vivienda estable (incluye HOPWA):  Alquilada  Propia  Centro de atención médica prolongada
- Vivo en un alojamiento temporal:  Amigos/familiares (incluido couchsurfing)  Hotel/Motel  Vivienda transitoria o centro de tratamiento
- Vivo en una vivienda inestable:  Sin hogar/Albergue de emergencia  Cárcel/Prisión/Centro de detención

Todos los clientes deben proporcionar un (1) documento de residencia de la lista a continuación, que indique su residencia en Nevada.

- Seleccione *una* opción de la lista de abajo y **adjunte una copia** a esta solicitud
- **Si su dirección cambia en cualquier momento, póngase en contacto con un especialista en elegibilidad o un administrador de casos para actualizarla.**
- La ciudadanía estadounidense **no** es un requisito de elegibilidad para el Programa Ryan White.

**Documentos de residencia**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento actual   | <input type="checkbox"/> Licencia de conducir o identificación actual del Estado de Nevada               |
| <input type="checkbox"/> Recibo de alquiler/hipoteca (con fecha de los últimos 30 días)                               | <input type="checkbox"/> Identificación consular   |
| <input type="checkbox"/> Cualquier cuenta, factura o correspondencia (con fecha de los últimos 30 días)               | <input type="checkbox"/> Permiso de residencia para extranjeros  |
| <input type="checkbox"/> Recibos de nómina con su dirección   | <input type="checkbox"/> Comprobante de pago de contribuciones sobre la propiedad                        |
| <input type="checkbox"/> Carta de un organismo gubernamental  | <input type="checkbox"/> Registro de votantes/Registro de vehículos                                      |
| <input type="checkbox"/> Otro documento de identidad verificable emitido por el Estado, que cuente con una dirección  | <input type="checkbox"/> Documentos de excarcelación   |
| <input type="checkbox"/> Formulario de apoyo para personas dependientes (CGD 15-48) o una carta: Véase a continuación | <input type="checkbox"/> Estoy desamparado: <i>Complete la certificación de persona sin hogar debajo</i> |
| <input type="checkbox"/> Verificación de residencia (CGD 15-50) o una carta del arrendador                            |  |

*Si no puede proporcionar una prueba de residencia a su nombre, complete el Formulario de apoyo para personas dependientes (CGD 15-48) o presente una carta con su dirección actual y la firma de las personas que le proporcionan asistencia.*

**Certificación de desamparo**

Certifico que no tengo hogar o que vivo en un albergue sin residencia verificable. Estoy de acuerdo en que si mi residencia cambia, debo notificarlo inmediatamente a la agencia de elegibilidad Ryan White Todas las Partes (ABCD) y proporcionar documentación sobre la misma.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa en la fecha que figura a continuación y reconozco que cualquier tergiversación intencionada o negligente de la información puede provocar la terminación de esta solicitud y la extinción de los beneficios.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del administrador de casos en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del administrador de casos

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\*Las autodeclaraciones presenciales deben ser firmadas por el cliente. Las declaraciones por medios electrónicos deben incluir "firmado en nombre del cliente:" en la firma del mismo.*



**Nevada Ryan White Partes ABCD**  
**Documento de Orientación Común**  
**Formulario de cambio de información del cliente**

Fecha del cambio: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

URN del cliente: \_\_\_\_\_

**Sección II: Tamaño del hogar (complete únicamente si hubo un cambio de hogar)**

Enumere los miembros de su hogar, como el cónyuge legal y los hijos que viven con usted, y cualquier persona que declare como dependiente en sus contribuciones.

Enumérese usted primero.

Nombre del cliente o familiar	Parentesco con el cliente	¿Esta persona tiene ingresos tributables?	¿Es mayor de 18 años?	¿Declarada en contribuciones?
	Yo	<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 miembros del hogar: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa en la fecha que figura a continuación y reconozco que cualquier tergiversación intencionada o negligente de la información puede provocar la terminación de esta solicitud y la extinción de los beneficios.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del administrador de casos en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del administrador de casos

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\*Las autodeclaraciones presenciales deben ser firmadas por el cliente. Las declaraciones por medios electrónicos deben incluir "firmado en nombre del cliente:" en la firma del mismo.*



**Nevada Ryan White Partes ABCD**  
**Documento de Orientación Común**  
**Formulario de cambio de información del cliente**

Fecha del cambio: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

URN del cliente: \_\_\_\_\_

**Sección III: Ingresos (completar solo si hubo un cambio en los ingresos)**

Todos los clientes y miembros del grupo familiar registrados anteriormente deben proporcionar documentación que respalden los ingresos de la lista a continuación.

- Por favor, seleccione todas las opciones de ingresos que se aplican a su hogar en la lista a continuación y adjunte copias a esta solicitud
- Si sus ingresos cambian en cualquier momento, póngase en contacto con un especialista en elegibilidad o un administrador de casos para actualizarlos.

**Documentos de la fuente de ingresos**

- Recibos de nómina o declaración de empleo del mes pasado (*la más reciente*)
- Carta de concesión anual: Seguridad social, Ingreso Suplementario de seguridad social (SSI, por sus siglas en inglés), Seguro Social por Discapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés), beneficios para veteranos, pensión anual, retiro, etc.
- Otra carta de concesión: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), desempleo, pensión alimenticia/manutención de niños, etc.
- Un (1) mes de estados de cuentas bancarias (*solo si no se pueden facilitar comprobantes de pago o extractos anuales*)
- Estados de cuenta de tarjeta prepagada de débito
- Balance de pérdidas y ganancias de negocio propio (CGD 16-04)
- Otra fuente ingresos: \_\_\_\_\_
- Sin ingresos: *Complete la certificación de persona sin ingresos a continuación*

**Certificación de falta de ingresos**

Certifico que no dispongo de ingresos comprobables. Estoy de acuerdo en que si mi situación económica cambia, debo notificarlo inmediatamente a la agencia de elegibilidad Ryan White Todas las Partes (ABCD) y proporcionar documentación sobre mis ingresos. Recibo asistencia financiera para alimentos, agua y necesidades básicas por parte de: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Fuentes de ingresos no tributables**

**¿Usted, o algún miembro de su hogar, tiene alguna de las siguientes fuentes de ingresos no tributables?**

- No, ni yo ni nadie en mi hogar tiene fuentes de ingresos no tributables
- Sí, yo o alguien en mi hogar tiene fuentes de ingresos no tributables (*marque todas las que correspondan*)
  - Ingreso suplementario del seguro social (SSI, por sus siglas en inglés)
  - Indemnización para trabajadores
  - Manutención de niños recibida
  - Ingresos por discapacidad para veteranos
  - Activos de préstamos (estudiantes/préstamos bancarios)

Mensual propio \$ \_\_\_\_\_ Mensual del cónyuge/hogar \$ \_\_\_\_\_

**Fuentes de ingresos tributables**

**Deducciones**

**¿Usted, o alguien de su hogar, tiene alguno de los siguientes tipos de deducciones?**

- No, ni yo ni nadie de mi hogar tiene deducciones
- Sí, yo o alguien de mi hogar tiene deducciones (*marque todo lo que corresponda*)
  - Deducciones de la cuenta de ahorro para la salud
  - Costos del seguro de salud para trabajadores por cuenta propia
  - Gastos de salud (primas del seguro pagadas por uno mismo)
  - Plan de retiro en el lugar de trabajo: 401K
  - Plan de retiro en el lugar de trabajo: 403B
  - IRA tradicional (no una IRA Roth)

Mensual propio \$ \_\_\_\_\_ Mensual del cónyuge/miembros de su hogar \$ \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO**

**Fórmula de ingresos mensuales MAGI: Fuentes de ingresos tributables menos (-) deducciones mensuales**

Para los ingresos tributables, siga estas instrucciones para calcular los ingresos mensuales MAGI:

- Si a una persona se le paga cada semana, cada dos semanas o tiene ingresos inestables: 1) Sume los cheques de la persona durante un periodo de 30 días, 2) Divídalo por el número de cheques para calcular el promedio, 3) Multiplique el promedio por 4,3 si cobra por semana, o 2,15 si cobra cada dos semanas. Repita la operación para cada persona que corresponda (cónyuge o miembro del hogar).
- Si se le paga por quincena: Sume los dos importes. Repita la operación para cada persona que corresponda (cónyuge o miembro del hogar).
- Si una persona recibe un sueldo mensual: No se necesitan cálculos.

Ingresos mensuales MAGI: Propio \$ \_\_\_\_\_ Cónyuge/hogar \$ \_\_\_\_\_ Nota: (Los ingresos no tributables no se incluyen en MAGI)

Ingresos MAGI anuales: \$ \_\_\_\_\_

**Reconocimiento**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa en la fecha que figura a continuación y reconozco que cualquier tergiversación intencionada o negligente de la información puede provocar la terminación de esta solicitud y la extinción de los beneficios.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del cliente en letra imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del administrador de casos en letra imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Firma del administrador de casos**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*\*Las autodeclaraciones presenciales deben ser firmadas por el cliente. Las declaraciones por medios electrónicos deben incluir "firmado en nombre del cliente:" en la firma del mismo.*



**Nevada Ryan White Partes ABCD**  
**Documento de Orientación Común**  
**Formulario de cambio de información del cliente**

**Fecha del cambio:** \_\_\_\_\_

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

**URN del cliente:** \_\_\_\_\_

**Sección IV: Seguro de salud (completar únicamente si hubo un cambio en el seguro)**

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid:  | <input type="checkbox"/> Administración de Salud para Veteranos (VA), TRICARE, CHAMPVA |
| <input type="checkbox"/> Medicare Partes A/B/C/D/Suplement                  | <input type="checkbox"/> Indian Health Service (IHS)                                   |
| <input type="checkbox"/> Privado: individual (compra directa/mercado/COBRA) | <input type="checkbox"/> Otro seguro de salud: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Privado: empleador                                 | <input type="checkbox"/> Sin seguro de salud   |

<b>¿Necesita ayuda para inscribirse en un seguro de salud, pagar las primas y/o los medicamentos?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Medicaid</b>	
<b>¿Está inscrito en Medicaid?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí, estoy inscrito en Medicaid      Nombre del plan: _____	
<input type="checkbox"/> Lo solicité, pero me lo denegaron. Motivo: _____	
<input type="checkbox"/> Lo he solicitado, pero estoy esperando la decisión	
<input type="checkbox"/> No, no estoy inscrito porque:	
<input type="checkbox"/> Tengo otro seguro de salud	
<input type="checkbox"/> No califico; mis ingresos y activos superan los requisitos de elegibilidad de Medicaid	
<input type="checkbox"/> Necesito que me remitan a Medicaid	
<input type="checkbox"/> Mis ingresos son inferiores al 138 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), pero rechazo que se me remita a Medicaid	
<b>Medicare</b>	
<b>¿Está inscrito en Medicare?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí, estoy inscrito en Medicare ( <i>marque todas las opciones que correspondan</i> )	
<input type="checkbox"/> Parte A	
<input type="checkbox"/> Parte B	
<input type="checkbox"/> Parte C/Medicare Advantage Plan/Plan de salud      Nombre del plan: _____	
<input type="checkbox"/> Parte D/Plan de medicamentos      Nombre del plan: _____	
<input type="checkbox"/> Medicare Supplement o plan de retiro      Nombre del plan: _____	
<input type="checkbox"/> No, no estoy inscrito a Medicare	
Si está inscrito en Medicare, ¿recibe beneficios adicionales o subsidios por ingresos limitados para los costos de sus medicamentos recetados?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Marketplace/Nevada Health Link</b>	
<b>¿Está inscrito en un plan de Marketplace/Nevada Health Link?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí, estoy inscrito en un plan de Marketplace/Nevada Health Link      Nombre del plan: _____	
<input type="checkbox"/> Lo solicité, pero me lo denegaron. Motivo: _____	
<input type="checkbox"/> Lo he solicitado, pero estoy esperando la decisión	
<input type="checkbox"/> No, no estoy inscrito porque:	
<input type="checkbox"/> Tengo otro seguro de salud	
<input type="checkbox"/> Estoy esperando el período de inscripción abierta	
<input type="checkbox"/> Necesito que me remitan a un especialista en seguros para inscribirme en un plan de Marketplace	
<input type="checkbox"/> Mis ingresos están entre el 139 % y el 400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL), pero rechazo que se me remita a Marketplace	

**Seguro de salud privado o del empleador**

**¿Está inscrito en un plan de seguro de salud privado o del empleador?**

- Sí, estoy inscrito \*marque todas las opciones que correspondan      Nombre del plan: \_\_\_\_\_
- Plan del empleador
  - COBRA
  - Cónyuge/concubino/padres
  - Plan individual privado (no de Marketplace)
- No, no estoy inscrito porque:
- Tengo otro seguro
  - Estoy esperando el período de inscripción abierta de mi empleador
  - Estoy desempleado
- No, no estoy inscrito, pero es posible que pueda conseguir un seguro mediante:     Empleador     Cónyuge/pareja/padres     COBRA

*Si usted o su cónyuge están empleados y solicitan ayuda para primas o recetas, el personal de ADAP se pondrá en contacto con usted para completar el formulario de verificación de beneficios del empleador.*

**Reconocimiento**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa en la fecha que figura a continuación y reconozco que cualquier tergiversación intencionada o negligente de la información puede provocar la terminación de esta solicitud y la extinción de los beneficios.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del cliente en letra imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del administrador de casos en letra imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Firma del administrador de casos**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*\*Las autodeclaraciones presenciales deben ser firmadas por el cliente. Las declaraciones por medios electrónicos deben incluir "firmado en nombre del cliente:" en la firma del mismo.*