



Nevada Ryan White Partes ABCD
Documento de Orientación Común
Documentos de formularios complementarios

Los siguientes formularios pueden utilizarse para cumplir con los criterios de elegibilidad para la Prueba de diagnóstico, Residencia, e Ingresos solo cuando el cliente no tiene documentación de prueba. Si se utiliza alguno de estos documentos, los administradores de casos presentarán los formularios completos junto con la solicitud.



**Nevada Ryan White Todas las Partes
Documento de Orientación Común 15-39
Solicitud de prueba de diagnóstico**

Nombre del cliente _____ Fecha de nacimiento: _____

El cliente arriba indicado ha solicitado servicios del Programa Ryan White HIV/AIDS. La orientación común de Ryan White Partes ABCD requiere la verificación médica del diagnóstico para determinar los requisitos de elegibilidad. Esto es solo para la inscripción inicial del cliente.

Por la presente, otorgo mi permiso para _____ divulgar la información requerida a los proveedores de elegibilidad de Ryan White Partes ABCD.

Firma del cliente

Fecha

Esta sección debe completarla su proveedor médico

INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIH positivo (no SIDA) | <input type="checkbox"/> SIDA según CDC |
| <input type="checkbox"/> VIH positivo (estado de SIDA desconocido) | <input type="checkbox"/> VIH indeterminado |

Fecha de diagnóstico de VIH: _____ Fecha de diagnóstico de SIDA: _____

Adjunte los últimos resultados de los análisis de laboratorio de CD4 y carga viral del cliente, en caso de que estén disponibles.

Nombre del profesional
clínico en letra de imprenta: _____

Firma del profesional clínico: _____

Número de licencia: _____ Estado de emisión: _____

Número de teléfono: _____ Fecha: _____



Nevada Ryan White Todas las Partes
Documento de Orientación Común 15-48
Formulario de apoyo para personas dependientes

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del cliente: _____

Si el cliente no tiene medios de subsistencia, indique el tipo de alojamiento actual:

Huésped permanente

Huésped temporal

Alojamiento provisional

Otro: _____

¿Proporciona asistencia financiera al cliente, como ayuda con alimentos, agua, dinero en efectivo o necesidades básicas? Sí No

La persona que brinda apoyo al cliente arriba mencionado certifica lo siguiente:

Yo, _____, por la presente afirmo, bajo pena de perjurio, que he estado proporcionando apoyo a la persona arriba mencionada y, a mi leal saber y entender, declaro que su persona no dispone de otros medios primarios de manutención.

He proporcionado asistencia (económica o de alojamiento y comida) desde: _____

Nombre de quien ha proporcionado asistencia (en letra de imprenta): _____

Dirección (si es diferente de la anterior): _____

Número de teléfono: _____

Relación con el cliente: _____

Firma de quien ha proporcionado asistencia: _____



Nevada Ryan White Todas las Partes
Documento de Orientación Común 15-50
Formulario de verificación de residencia

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mi dirección física actual:

_____ (Calle)

_____ (Ciudad, estado, código postal)

Mi alquiler mensual es:

\$ _____ /por mes

Mi dirección postal es:

(en caso de ser diferente a la dirección física)

_____ (Calle)

_____ (Ciudad, estado, código postal)

Por la presente declaro que la información anterior sobre mi situación de vivienda actual es verdadera.

_____ (Firma del cliente) _____ (Fecha)

Por la presente declaro que la información anterior sobre la situación de vivienda de mi arrendatario es verdadera.

_____ (Nombre del arrendador, en letra de imprenta) _____ (Firma del arrendador) _____ (Fecha)



Nevada Ryan White Partes ABCD
Documento de Orientación Común
Balance de pérdidas y ganancias para trabajadores por cuenta propia

Nombre del cliente: _____ Fecha: _____
Nombre de la compañía: _____
Dirección de la compañía: _____
Tipo de profesión: _____

Complete los campos que le correspondan

INGRESOS BRUTOS	
Ventas brutas (<i>Importe total de los ingresos por ventas o servicios antes de restar los gastos</i>)	\$
Otros ingresos (<i>Cualquier otro fondo adicional obtenido mediante la compañía, como pagos de personas que rentan espacios o pagos de inversores</i>)	\$
Total de ingresos brutos antes de contribuciones y gastos	\$

GASTOS	
Costos de bienes vendidos (<i>Costos directos para producir u obtener los bienes vendidos por la compañía</i>)	\$
Honorarios contables y jurídicos	\$
Publicidad	\$
Seguro	\$
Mantenimiento y reparaciones	\$
Suministros	\$
Gastos de Nómina (<i>Sueldos y salarios de los empleados de la compañía</i>)	\$
Franqueo	\$
Alquiler	\$
Licencias	\$
Contribuciones	\$
Teléfono	\$
Viajes/Transporte	\$
Servicios	\$
Otro	\$
Otro	\$
Otro	\$
Gastos totales	\$

INGRESOS NETOS	
Ingresos brutos	\$
Gastos y contribuciones totales	\$
Ingresos netos totales (ingresos brutos menos contribuciones y gastos)	\$

Por la presente declaro que la información anterior sobre los ingresos de mis negocios personales es verdadera.

Firma del cliente

Fecha