Documento de orientación general 18-04A para el programa Ryan White (todas las partes) en Nevada
Solicitud de elegibilidad universal

Fecha de solicitud: _____ ☐ Solicitud inicial ☐ Recertificación anual

Solo para uso administrativo:
Nueva elegibilidad para Ryan White: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
Nombre del administrador de casos/especialista en elegibilidad: _____
Agencia subreceptora: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Apellido legal:	**Nombre legal:**	**Segundo nombre:**

***Fecha de nacimiento:**	**Nombre preferido o alias y pronombres:**		
Preferencia de idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ Necesita un traductor: Sí ☐ No ☐	**SSN o TIN (opcional)**		
Dirección:	**Ciudad:**	**Estado:**	**Código postal:**
Dirección postal *(si es diferente a la casa):*	**Ciudad:**	**Estado:**	**Código postal:**

1. Teléfono – incluya el código de área:	**Tipo:**	**¿Podemos contactarlo por teléfono?**	☐ **Sí**	☐ **No**
2. Teléfono – incluya el código de área:	**Tipo:**	**¿Podemos dejar un mensaje?**	☐ **Sí**	☐ **No**
Dirección de correo electrónico:	**¿Podemos enviarle correos electrónicos?** ☐ Sí ☐ No	**¿Podemos contactarlo por correo?**	☐ **Sí**	☐ **No**
		¿Debe ser confidencial el correo?	☐ **Sí**	☐ **No**

CONTACTO SECUNDARIO

Nombre:	**Teléfono – incluya el código de área:**	**¿Relación con el cliente?**	
Dirección:	**Ciudad:**	**Estado:**	**Código postal:**
Notas/comentarios:	**¿El contacto secundario está al tanto del estado del cliente?** ☐ Sí ☐ No		

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

***¿Qué sexo se le asignó al nacer, como en su certificado de nacimiento original? (Marque una sola respuesta)**
☐ Hombre
☐ Mujer

***Raza/grupo étnico:**
☐ Blanco
☐ Negro/afroamericano
☐ Indio americano/nativo de Alaska
☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
(*si se marca, elija una opción de abajo)*
☐ Nativo de Hawái ☐ Guamaniano/Chamorro
☐ Samoano ☐ Otras islas del Pacífico: _____
☐ Asiático (*si se marca, elija una opción de abajo)*
☐ Indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés
☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otros asiáticos:

***Raza/grupo étnico:**
☐ No hispano/latino
☐ Hispano/latino, (*si se marca, elija una opción de abajo)*
☐ Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano/a
☐ Puertorriqueño
☐ Cubano
☐ Otro hispano: _____
☐ Medio Oriente
☐ Norteafricano
☐ Otro: _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja de hecho ☐ Unión libre ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo

¿Es un veterano? ☐ Sí ☐ No

PRUEBA DE DIAGNÓSTICO (COMPLETADA SOLO DURANTE LA SOLICITUD INICIAL)

Todos los clientes deben dar al momento de la **inscripción inicial solo** un (1) documento médico/legal de la lista de abajo que indique la infección por VIH. **La documentación debe contener el nombre completo del cliente**. Seleccione *una* opción de la lista de abajo y **adjunte una copia** a esta solicitud.

Documentos de prueba de diagnóstico
☐ Inmunotransferencia.
☐ Carta en papel membretado del médico, con firma del médico, indicando que el solicitante es VIH positivo con fecha de diagnóstico.
☐ Expediente médico electrónico del consultorio médico, con firma electrónica del médico, indicando que el solicitante es VIH positivo.
☐ Prueba de VIH positiva (inmunoensayo) y carga viral detectable (ARN del VIH).
☐ Dos pruebas de VIH positivas (inmunoensayos: deben ser ensayos diferentes basados en diferentes antígenos o principios diferentes).
☐ Formulario de solicitud de prueba de diagnóstico completado por el médico del solicitante (CGD 15-39).

ESTADO DEL VIH/SIDA/INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO/FACTORES DE RIESGO (COMPLETADO SOLO DURANTE LA SOLICITUD INICIAL)

*** Estado de VIH/SIDA:** ☐ VIH positivo (sin SIDA) ☐ VIH positivo (estado de SIDA desconocido) ☐ SIDA definido por los CDC ☐ VIH negativo (afectado) ☐ VIH indeterminado (bebés de <2 años)

***Fecha del primer diagnóstico de VIH+:**	☐ **¿Aproximada?**	***Fecha del primer diagnóstico de SIDA:**	☐ **¿Aproximada?**

¿Cómo cree que adquirió el VIH?

- ☐ Contacto sexual de hombre con hombre
- ☐ Consumo de drogas inyectables
- ☐ Contacto sexual de hombre con mujer
- ☐ Hemofilia/trastorno de la coagulación
- ☐ Receptor de transfusión de sangre, componentes o tejidos sanguíneos
- ☐ Transmisión perinatal
- ☐ Indeterminado/desconocido, riesgo no reportado o identificado
- ☐ Otro, especifique: _____

ATENCIÓN MÉDICA BÁSICA

¿Cómo obtiene la atención médica primaria del VIH?

- ☐ Clínica financiada con fondos públicos o distrito de salud
- ☐ Consultorio privado
- ☐ Sala de emergencias
- ☐ Centro ambulatorio del hospital
- ☐ Sin fuente principal de atención
- ☐ Otro: _____

Nombre del médico de atención primaria:	**Nombre del especialista en VIH:**

RESIDENCIA

***¿Cuál es su estado actual de vivienda?**

- ☐ Vivo en una vivienda estable (incluye HOPWA): ☐ Alquiler ☐ Vivienda propia ☐ Centro de atención a largo plazo
- ☐ Vivo en una vivienda temporal: ☐ Amigos/familiares (incluido el couch-surfing) ☐ Hotel/motel ☐ Vivienda de transición ocentro de tratamiento
- ☐ Vivo en una vivienda inestable: ☐ Sin casa/Refugio de emergencia ☐ Cárcel/Prisión/Centro de detención

Todos los clientes deben dar un (1) documento de residencia de la lista de abajo que indique la 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, comuníquese con un especialista en elegibilidad o administrador de casos para actualizar su dirección.***

Documentación de residencia	
☐ Contrato de arrendamiento/alquiler actual	☐ Licencia de conducir actual de Nevada o tarjeta de identificación estatal
☐ Recibo de alquiler/hipoteca (con fecha de los últimos 30 días)	☐ Tarjeta de identificación consular
☐ Cualquier factura o correspondencia (con fecha de los últimos 30 días)	☐ Tarjeta de extranjero residente
☐ Talones de cheques de pago con su dirección	☐ Comprobante de impuestos a la propiedad pagados
☐ Carta de una agencia gubernamental	☐ Registro de votante/registro de vehículo
☐ Otra identificación verificable emitida por el gobierno con dirección	☐ Documentos de liberación de prisión
☐ Formulario de manutención de dependientes (CGD 15-48) o una carta: *Consultar abajo*	☐ No tengo casa: *Complete la certificación de personas sin casa de abajo*
☐ Verificación de residencia (CGD 15-50) o una carta del propietario	

Si no puede dar prueba de residencia a su propio nombre, complete el Formulario de manutención de dependientes (CGD 15-48) o envíe una carta con su dirección actual y una firma de las personas que dan apoyo.

Certificación de falta de vivienda

Doy fe de que no tengo casa o vivo en un refugio sin residencia verificable. Acepto que si mi estado de residencia cambia, debo notificar inmediatamente a la agencia de elegibilidad del programa Ryan White, aplicable a todas las partes (ABCD), y dar la documentación de residencia.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR

Mencione a los miembros de su grupo familiar, como un cónyuge legal e hijos que viven con usted, ***y*** cualquier persona que reclame como dependiente en sus impuestos.

Menciónese a usted primero.

Nombre del cliente o familiar	Relación con el cliente	¿Esta persona tiene ingresos imponibles?	¿Es mayor de 18 años?	¿Declarado en los impuestos?
	Usted mismo	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Tamaño total del grupo familiar: _____

INGRESOS

La prueba de ingresos del grupo familiar se basa en el ingreso bruto ajustado modificado (MAGI). Los ingresos del grupo familiar incluyen todos los ingresos de cualquier persona que el cliente reclame en sus impuestos o los ingresos de alguien que reclame al cliente como dependiente en sus impuestos.

Todos los clientes y miembros del grupo familiar mencionados arriba deben dar documentación de prueba de ingresos de la lista de abajo, si corresponde.

- ***Si sus ingresos cambian en cualquier momento, comuníquese con un especialista en elegibilidad o administrador de casos para actualizar sus ingresos.***

Documentación de la fuente de ingresos

Seleccione *todas* las opciones de ingresos que se aplican a su grupo familiar de las listas de abajo.

☐ Talones de cheque de pago o declaración de empleo del último mes *(más reciente)*

☐ Carta de adjudicación anual: Seguro Social, Seguro Social Suplementario (SSI), Ingresos por Discapacidad del Seguro Social (SSDI), beneficios para veteranos, pensión anual, jubilación, etc.

☐ Otra carta de adjudicación: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), desempleo, manutención infantil/pensión alimenticia, etc.

☐ Un (1) mes de estados de cuenta *(solo si no se pueden dar talones de pago o estados de cuenta anuales)*

☐ Estados de cuenta de tarjetas de débito prepagadas

☐ Estado de pérdidas y ganancias del trabajo por cuenta propia (CGD 16-04)

☐ Otra fuente de ingresos: _____

☐ Sin ingresos: *Completar la certificación de no ingresos de abajo*

Fuentes de ingresos no imponibles

¿Usted, o alguien en su grupo familiar, tiene algún tipo de fuente de ingresos no imponible?

☐ No, ni yo ni nadie en mi grupo familiar tenemos fuentes de ingresos no imponibles.

☐ Sí, yo o alguien en mi grupo familiar tenemos fuentes de ingresos no imponibles *(marque todas las opciones que correspondan; debe dar documentación).*

- ☐ Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)
- ☐ Compensación de trabajadores
- ☐ Manutención infantil (recibida)
- ☐ Ingresos por Discapacidad de Veteranos
- ☐ Ingresos de préstamos (préstamos estudiantiles/bancarios)
- ☐ SNAP (cupones de alimentos)
- ☐ WIC (Programa para Mujeres, Bebés y Niños)
- ☐ Subsidios de vivienda (p. ej., vales de la Sección 8, vivienda de HUD, HOPWA)
- ☐ Asistencia de servicios públicos o energía
- ☐ Asistencia/subsidios para el cuidado infantil
- ☐ Otro: _____
- ☐ Otro: _____
- ☐ Otro: _____

Ingresos mensual propios $ _____ **Ingresos mensuales del cónyuge/grupo familiar $**_____

Fuentes de ingresos imponibles

¿Usted, o alguien en su grupo familiar, tiene alguno de los siguientes tipos de fuentes de ingresos imponibles?

☐ No, ni yo ni nadie en mi grupo familiar tenemos fuentes de ingresos imponibles.

☐ Sí, yo o alguien en mi grupo familiar tenemos una fuente de ingresos imponibles *(marque todas las opciones que correspondan; debe dar documentación).*

- ☐ Sueldos, salarios y propinas (brutos antes de impuestos)
- ☐ Ingresos de jubilación del Seguro Social
- ☐ Ingresos por discapacidad del Seguro Social
- ☐ Ingresos de negocio/trabajo autónomo
- ☐ Intereses y dividendos imponibles
- ☐ Ganancias de capital
- ☐ Ingresos por alquiler (netos)
- ☐ Compensación por desempleo
- ☐ Cantidad imponible de las distribuciones de pensiones e IRA
- ☐ Otros ingresos no exentos (pago por servicio de jurado, ganancias de juegos de azar)

Ingresos mensuales propios (antes de impuestos) $ _____ Ingresos mensuales del cónyuge/grupo familiar (antes de impuestos) $ _____

¿Con qué frecuencia se le paga a usted o a su cónyuge/miembro del grupo familiar?

Cada semana:	☐ Yo	☐ Cónyuge/grupo familiar
Cada dos semanas:	☐ Yo	☐ Cónyuge/grupo familiar
Bimensual *(Los días 15 y 30 del mes)*:	☐ Yo	☐ Cónyuge/grupo familiar
Mensual:	☐ Yo	☐ Cónyuge/grupo familiar
Ingresos inestables:	☐ Yo	☐ Cónyuge/grupo familiar

Deducciones

¿Usted, o alguien en su grupo familiar, tiene alguno de los siguientes tipos de deducciones?

☐ No, ni yo ni nadie en mi grupo familiar tenemos deducciones.

☐ Sí, yo o alguien en mi grupo familiar tenemos deducciones *(marque todas las opciones que correspondan; debe dar documentación).*

- ☐ Cuenta de ahorros para gastos médicos
- ☐ Costos del seguro médico para trabajo autónomo
- ☐ Costos médicos (primas de seguro, pagadas por uno mismo)
- ☐ Plan de jubilación en el lugar de trabajo: 401K
- ☐ Plan de jubilación en el lugar de trabajo: 403B
- ☐ IRA tradicional (no una IRA Roth)

Ingresos mensuales propios (antes de impuestos) $_____ Ingresos mensuales del cónyuge/grupo familiar (antes de impuestos) $ _____

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Fórmula de ingresos mensuales de MAGI: Fuentes de ingresos imponibles mensuales menos (-) Deducciones mensuales

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

- *Si a la persona se le paga cada semana, cada dos semanas o tiene ingresos inestables: 1) Sume los cheques del individuo durante el período de 30 días, 2) Divida eso por el número de cheques para calcular un promedio, 3) Multiplique el promedio por, 4.3 si se paga semanalmente o 2.15 si se paga cada dos semanas. Repita para cada persona aplicable (cónyuge o miembro del grupo familiar).*
- *Si a la persona se le paga bimensualmente: Sume las dos cantidades. Repita para cada persona aplicable (cónyuge o miembro del grupo familiar).*
- *Si a la persona se le paga mensualmente: No se necesita ningún cálculo.*

Ingresos mensuales de MAGI: Yo **$** _____ Cónyuge/grupo familiar **$** _____ *Nota: (Los ingresos no imponibles no están incluidos en MAGI.)*

Ingreso anual de MAGI: $_____

Declaración de no ingresos

Doy fe de que no tengo ingresos verificables. Acepto que, si mi estado financiero cambia, debo informar de inmediato a la agencia de elegibilidad del programa Ryan White, aplicable a todas las partes (ABCD), y dar documentación de ingresos.

Estoy recibiendo asistencia financiera con la comida, el agua y las necesidades básicas de: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

SEGURO DE ENFERMEDAD

¿Necesita ayuda para inscribirse en un seguro, pagar las primas de su seguro médico o sus medicamentos? ☐ Sí ☐ No

Seleccione todos los tipos de seguro médico que tiene y, luego, complete todas las secciones de abajo:

☐ Medicaid
☐ Partes A/B/C/D/suplementario de Medicare
☐ Privado-individual (compra directa/mercado de seguros/COBRA)
☐ Privado-empleador
☐ Administración de Salud de Veteranos (VA), TRICARE, CHAMPVA
☐ Servicio de Salud Indígena (IHS)
☐ Otro seguro médico: _____
☐ **Sin seguro médico**

Medicaid

¿Está inscrito en Medicaid?

☐ Sí, estoy inscrito en Medicaid Nombre del plan: _____
☐ Presenté una solicitud, pero me denegaron. Motivo: _____
☐ Presenté una solicitud, pero estoy esperando una decisión.
☐ No, no estoy inscrito porque:
- ☐ Tengo otro seguro médico.
- ☐ No soy elegible; mis ingresos y activos exceden los requisitos de elegibilidad de Medicaid.
- ☐ Necesito una remisión a Medicaid.
- ☐ Mis ingresos están por debajo del 138% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), pero estoy rechazando una remisión a Medicaid.

Medicare

¿Está inscrito en Medicare?

☐ Sí, estoy inscrito en Medicare *(marque todas las opciones que correspondan)*
- ☐ Parte A
- ☐ Parte B
- ☐ Parte C/Medicare Advantage Plan/Plan médico Nombre del plan: _____
- ☐ Parte D/Plan de medicamentos Nombre del plan: _____
- ☐ Suplementario de Medicare o Plan de jubilación Nombre del plan: _____

☐ No, no estoy inscrito en Medicare.
☐ Si está inscrito en Medicare, ¿recibe Ayuda adicional/Subsidio por bajos ingresos para los costos de sus medicamentos con receta? ☐ Sí ☐ No

Mercado de seguros/Nevada Health Link

¿Está inscrito en un plan del Mercado de seguros/Nevada Health Link?

☐ Sí, estoy inscrito en un plan del Mercado de seguros/Nevada Health Link Nombre del plan: _____
☐ Presenté una solicitud, pero me denegaron. Motivo: _____
☐ Presenté una solicitud, pero estoy esperando una decisión.
☐ No, no estoy inscrito porque:
- ☐ Tengo otro seguro médico.
- ☐ Estoy esperando el período de inscripción abierta.
- ☐ Necesito una remisión a un especialista en seguros para inscribirme en un plan del Mercado de seguros.
- ☐ Mis ingresos están entre el 139% y el 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), pero estoy rechazando una remisión al Mercado de seguros.

Seguro médico privado o del empleador

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

☐ Sí, estoy inscrito *marque todas las opciones que correspondan Nombre del plan: _____
- ☐ Plan del empleador
- ☐ COBRA
- ☐ Cónyuge/pareja de hecho/padre
- ☐ Privado - Plan individual (no del mercado de seguros)

☐ No, no estoy inscrito porque:
- ☐ Tengo otro seguro.
- ☐ Estoy esperando el período de inscripción abierta de mi empleador.
- ☐ No estoy empleado.

☐ No, no estoy inscrito, pero es posible que pueda obtener un seguro a través de:
☐ Mi empleador ☐ Mi cónyuge/pareja de hecho/padre/madre ☐ COBRA

Si usted o su cónyuge están empleados y está solicitando asistencia con la prima o los medicamentos con receta, el personal de ADAP se comunicará con usted para completar el Formulario de verificación de beneficios del empleador.

RYAN WHITE Y OTRAS NECESIDADES DE SERVICIO

¿Está tomando constantemente sus medicamentos según lo recetado?	☐ Sí	☐ No
¿Necesita orientación o educación sobre sus medicamentos?	☐ Sí	☐ No
¿Necesita orientación o educación sobre la reducción de riesgos?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene problemas de estrés o depresión en su vida?	☐ Sí	☐ No

¿Qué servicios de Ryan White necesita?

☐ Asistencia con alimentos y comidas	☐ Servicios legales	☐ Apoyo psicosocial/grupos de apoyo
☐ Administración de casos	☐ Asistencia financiera de copago médico	☐ Terapia por uso de sustancias
☐ Atención dental	☐ Terapia de nutrición médica (dietista)	☐ Asistencia de transporte
☐ Asistencia financiera de emergencia (servicios públicos, alquiler)	☐ Asistencia con medicamentos	☐ Adherencia al tratamiento
☐ Educación para la salud/Reducción de riesgos	☐ Terapia de salud mental	☐ Atención de la vista
☐ Asistencia para la prima del seguro médico	☐ Atención prenatal	☐ Otro: _____
☐ Asistencia para la vivienda	☐ Atención médica primaria o especializada	☐ Otro: _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Las siguientes declaraciones reflejan sus derechos y responsabilidades como persona que busca servicios médicos y de apoyo de los programas Ryan White, aplicable a todas las partes (ABCD), en el estado de Nevada.

Derechos del cliente

1. **Respeto, cortesía y privacidad:** *Tiene derecho a ser tratado en todo momento con respeto y cortesía dentro de un entorno que le dé el mayor grado de privacidad posible.*
2. **Libre de discriminación:** *Tiene derecho a no ser discriminado por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, edad, discapacidad, condición de veterano o país de origen.*
3. **Acceso a la información sobre los servicios de VIH/SIDA:** *Tiene derecho a que su proveedor de atención médica o de servicios sociales le informe sobre la gama completa de tratamientos disponibles para el VIH/SIDA y sobre los servicios sociales y de apoyo disponibles relacionados. Tiene derecho a ser informado de los riesgos y a hablar sobre los beneficios de cualquier tratamiento/servicio propuesto. Tiene derecho a dar su consentimiento informado a cualquier tratamiento/servicio o servicio antes de que se presten.*
4. **Credenciales de identidad y proveedor:** *Tiene derecho a conocer los nombres, títulos, especialidades y afiliaciones de todos los proveedores de servicios sociales y médicos, y de cualquier otra persona que participe en su atención. Tiene derecho a conocer las políticas y procedimientos de los servicios sociales y médicos de la organización.*
5. **Intercambio de información culturalmente sensible:** *Tiene derecho a que se comparta información con usted de una manera respetuosa que sea fácil de entender y 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 tratamientos/servicios.*
7. **Elección y acceso al servicio:** *Tiene derecho a ser informado de todos los servicios disponibles en el momento de la admisión. Tiene derecho a elegir y recibir todos los tratamientos/servicios para los que califica.*
8. **Rechazo del servicio:** *Tiene derecho a rechazar tratamientos/servicios sin la presión de su proveedor de servicios sociales o de atención médica. Tiene derecho a negarse a participar en cualquier estudio de investigación o experimento que el proveedor pueda recomendar. Tiene derecho a cambiar de opinión después de rechazar o dar su consentimiento para el tratamiento, los ensayos clínicos, la consejería o cualquier otro servicio sin afectar la atención continua.*
9. **Nombrar a un defensor:** *Tiene derecho a elegir un defensor. Es posible que tenga más de un defensor (como un familiar u otra persona) para darle apoyo y representar sus derechos.*
10. **Una directiva anticipada para la atención:** *Tiene derecho a tener directivas anticipadas, como un testamento vital, un poder de atención médica o un poder notarial duradero para servicios sociales y médicos.*
11. **Acceso a la información financiera:** *Tiene derecho a hacer preguntas y ver todas sus facturas de atención médica. Tiene derecho a obtener remisiones 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 revelen sin su permiso. Tiene derecho a acceder a todos sus registros, a menos que la información esté expresamente excluida como se describe en la HIPPA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico), y a tener copias de estos a un costo de copia justo.*
13. **Transferencia y continuidad de la atención:** *Tiene derecho a tratamientos/servicios ininterrumpidos. Si es posible, sus solicitudes para dejar un proveedor y ser atendido por otro deben cumplirse y suceder lo antes posible. NO puede ser transferido a otro proveedor o centro sin una explicación de la transferencia. Debe estar informado de otras opciones disponibles.*
14. **Un procedimiento de queja del cliente:** *Tiene derecho a expresar quejas, sugerir cambios y recibir información sobre cómo presentar una queja formal (una queja formal por escrito). Tiene derecho a hacerlo sin acoso, interferencia o presión. Tiene derecho a solicitar una copia de la política y los procedimientos de quejas formales de una agencia. Tiene derecho a comunicarse con las Oficinas de Beneficiarios de Ryan White para apelar la decisión de una agencia sobre su queja formal o en cualquier momento si siente que la agencia no responde a su queja formal.*

Iniciales: _____

Responsabilidades del cliente

1. **Respeto, cortesía y confidencialidad:** *Los proveedores de servicios sociales y médicos tienen derecho a ser tratados con respeto y cortesía en todo momento.*
2. **Dar información correcta y completa**: Usted *es responsable de darle a su proveedor información precisa y completa; debe dar esta información lo mejor que pueda. Usted es responsable de dar información precisa y completa sobre terceros pagadores (como compañías de seguros, Medicaid, Medicare) a sus proveedores y sus centros.*
3. **Buscar hechos sobre su caso:** *Usted es responsable de hacer preguntas sobre la atención que está recibiendo si no comprende completamente.*
4. **Seguir planes de tratamiento:** *Usted es responsable de seguir los planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado. Usted tiene la 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 asistir a las citas que usted y su proveedor hayan programado. Si tiene que cancelar, usted es responsable de informar a su proveedor.*
6. **Reglas y reglamentaciones de las organizaciones proveedoras de servicios: Usted** *es responsable de seguir las reglas y reglamentaciones de sus proveedores y sus agencias/centros.*
7. **Expresar quejas y quejas formales:** *Usted es responsable de expresar quejas y presentar quejas formales de manera cortés, apropiada y oportuna. Debe hacerlo siguiendo la política y el procedimiento de quejas formales del proveedor, y puede pedir ayuda para hacerlo si la necesita. Usted es responsable de apelar la decisión de una agencia sobre su queja formal ante las Oficinas de Beneficiarios de Ryan White o de comunicarse con las Oficinas de Beneficiarios si cree que la agencia no responde a su queja formal.*

Iniciales: _____

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por la presente autorizo a cualquiera de las agencias mencionadas abajo que participan en los programas comunitarios Ryan White, aplicables a todas las partes (ABCD), y los programas HOPWA en el estado de Nevada a revelar o compartir información sobre mi elegibilidad, estado de registros médicos e información sobre mi diagnóstico y tratamiento. Las siguientes agencias/programas autorizados son:

- ACCEPT
- Access to Healthcare Network
- Aid for AIDS of Nevada
- AIDS Healthcare Foundation
- Asian Community Resource Coalition of Las Vegas
- Carson City Health and Human Services
- CAN Community Health
- Chicanos Por La Causa Nevada, Inc.
- Community Health Alliance
- Central Nevada Health District
- Ciudad de Las Vegas- HOPWA
- Servicios Sociales del Condado de Clark
- Community Counseling Center
- Community Outreach Medical Center
- Dignity Health
- División de Vigilancia del VIH de Salud Pública y del Comportamiento
- Golden Rainbow of Nevada, Inc.
- Kirk Kerkorian School of Medicine / UNLV Health
- Programa de Bienestar Materno-Infantil
- Su compañía de seguros médicos: _____
- Su médico: _____
- Pareja/cónyuge/otro: _____
- Ramsell Corp – gerente de beneficios de farmacia
- Medicare
- División de Bienestar y Servicios de Apoyo de Nevada
- Nevada Health Authority
- Nevada Legal Services
- North Country Healthcare
- Northern Nevada HOPES
- Northern Nevada Public Health
- Nye County Health & Human Services
- REACH
- Southern Nevada Health District
- The Gay & Lesbian Center of Southern Nevada
- The Just One Project
- University Medical Center
- Vegas Stronger
- Women's Development Center

La información puede revelarse entre las agencias mencionadas arriba durante la duración de mi inscripción activa en el programa Ryan White, aplicable a todas las partes (ABCD). Solo las agencias en las que busqué o buscaré servicios tendrán acceso a mi información compartida. Entiendo que mis registros están protegidos por las reglamentaciones federales de la HIPAA y no pueden revelarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las reglamentaciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado alguna acción o se hayan prestado servicios mientras estaba o sigue estando en vigor. Entiendo que al elegir retirarme ya no estoy buscando servicios del programa Ryan White, aplicable a todas las partes (ABCD). Este consentimiento caduca automáticamente un (1) año después del registro o consentimiento previamente firmado.

RECONOCIMIENTO

Entiendo completamente que, al solicitar este programa, estoy revelando información personal que se usará para ayudarme con los beneficios asociados a los programas de Ryan White, Partes A, B, C, D, en Nevada. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial, pero será usada por el personal para revisar mi elegibilidad para este programa. Además, firmando este formulario, entiendo que la información contenida en él puede usarse para verificar toda la información de la solicitud dada. Solicitando 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 que:

1. **Es mi responsabilidad renovar mi elegibilidad cada 6 meses en mi mes de nacimiento o antes y 6 meses después (medio año después del mes de nacimiento).**
2. **Es mi responsabilidad informar de cualquier cambio en los ingresos de mi grupo familiar, mi dirección, mi información de contacto, mi seguro médico o cualquier otra información que pueda afectar mi elegibilidad o servicios.**
3. **Si no recertifico, se suspenderán mi elegibilidad y beneficios.**

Certifico que la información dada en esta solicitud es verdadera y precisa a partir de la fecha de abajo 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 del cliente	**Firma del cliente**	**Fecha**
Nombre en letra de molde del representante	**Firma del representante**	**Fecha**