



# 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: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ Necesita un traductor: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Teléfono – incluya el código de área:	Tipo:	¿Podemos dejar un mensaje?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico:		¿Podemos contactarlo por correo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		¿Debe ser confidencial el correo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		¿Podemos enviarle correos electrónicos?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

*¿Qué sexo se le asignó al nacer, como en su certificado de nacimiento original? (Marque una sola respuesta) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
*Raza/grupo étnico: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico (si se marca, elija una opción de abajo) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guamaniano/Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico: _____ <input type="checkbox"/> Asiático (si se marca, elija una opción de abajo) <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos:	
*Raza/grupo étnico: <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano/latino, (si se marca, elija una opción de abajo) <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro hispano: _____ <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Norteafricano <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
¿Es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Inmunotransferencia. <input type="checkbox"/> Carta en papel membretado del médico, con firma del médico, indicando que el solicitante es VIH positivo con fecha de diagnóstico. <input type="checkbox"/> Expediente médico electrónico del consultorio médico, con firma electrónica del médico, indicando que el solicitante es VIH positivo. <input type="checkbox"/> Prueba de VIH positiva (inmunoensayo) y carga viral detectable (ARN del VIH). <input type="checkbox"/> Dos pruebas de VIH positivas (inmunoensayos: deben ser ensayos diferentes basados en diferentes antígenos o principios diferentes). <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> VIH positivo (sin SIDA) <input type="checkbox"/> VIH positivo (estado de SIDA desconocido) <input type="checkbox"/> SIDA definido por los CDC <input type="checkbox"/> VIH negativo (afectado) <input type="checkbox"/> VIH indeterminado (bebés de <2 años)			
*Fecha del primer diagnóstico de VIH+:	<input type="checkbox"/> ¿Aproximada?	*Fecha del primer diagnóstico de SIDA:	<input type="checkbox"/> ¿Aproximada?
<b>¿Cómo cree que adquirió el VIH?</b> <input type="checkbox"/> Contacto sexual de hombre con hombre <input type="checkbox"/> Receptor de transfusión de sangre, componentes o tejidos sanguíneos <input type="checkbox"/> Consumo de drogas inyectables <input type="checkbox"/> Transmisión perinatal <input type="checkbox"/> Contacto sexual de hombre con mujer <input type="checkbox"/> Indeterminado/desconocido, riesgo no reportado o identificado <input type="checkbox"/> Hemofilia/trastorno de la coagulación <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____			

**ATENCIÓN MÉDICA BÁSICA**

<b>¿Cómo obtiene la atención médica primaria del VIH?</b> <input type="checkbox"/> Clínica financiada con fondos públicos o distrito de salud <input type="checkbox"/> Centro ambulatorio del hospital <input type="checkbox"/> Consultorio privado <input type="checkbox"/> Sin fuente principal de atención <input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre del médico de atención primaria:	Nombre del especialista en VIH:

**RESIDENCIA**

<b>*¿Cuál es su estado actual de vivienda?</b> <input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda estable (incluye HOPWA): <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> Centro de atención a largo plazo <input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda temporal: <input type="checkbox"/> Amigos/familiares (incluido el couch-surfing) <input type="checkbox"/> Hotel/motel <input type="checkbox"/> Vivienda de transición o centro de tratamiento <input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda inestable: <input type="checkbox"/> Sin casa/Refugio de emergencia <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento/alquiler actual <input type="checkbox"/> Recibo de alquiler/hipoteca (con fecha de los últimos 30 días) <input type="checkbox"/> Cualquier factura o correspondencia (con fecha de los últimos 30 días) <input type="checkbox"/> Talones de cheques de pago con su dirección <input type="checkbox"/> Carta de una agencia gubernamental <input type="checkbox"/> Otra identificación verificable emitida por el gobierno con dirección <input type="checkbox"/> Formulario de manutención de dependientes (CGD 15-48) o una carta: Consultar abajo <input type="checkbox"/> Verificación de residencia (CGD 15-50) o una carta del propietario	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir actual de Nevada o tarjeta de identificación estatal <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación consular <input type="checkbox"/> Tarjeta de extranjero residente <input type="checkbox"/> Comprobante de impuestos a la propiedad pagados <input type="checkbox"/> Registro de votante/registro de vehículo <input type="checkbox"/> Documentos de liberación de prisión <input type="checkbox"/> No tengo casa: Complete la certificación de personas sin casa de abajo

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	<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
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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*).
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios y propinas (brutos antes de impuestos) | <input type="checkbox"/> Ganancias de capital   |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social                 | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler (netos)  |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad del Seguro Social              | <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo   |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de negocio/trabajo autónomo                     | <input type="checkbox"/> Cantidad imponible de las distribuciones de pensiones e IRA          |
| <input type="checkbox"/> Intereses y dividendos imponibles<br>juegos de azar)     | <input type="checkbox"/> Otros ingresos no exentos (pago por servicio de jurado, ganancias de |

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:                                   | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Cónyuge/grupo familiar |
| Cada dos semanas:                              | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Cónyuge/grupo familiar |
| Bimensual ( <i>Los días 15 y 30 del mes</i> ): | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Cónyuge/grupo familiar |
| Mensual:                                       | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Cónyuge/grupo familiar |
| Ingresos inestables:                           | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> 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*).
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros para gastos médicos                    | <input type="checkbox"/> Plan de jubilación en el lugar de trabajo: 401K |
| <input type="checkbox"/> Costos del seguro médico para trabajo autónomo           | <input type="checkbox"/> Plan de jubilación en el lugar de trabajo: 403B |
| <input type="checkbox"/> Costos médicos (primas de seguro, pagadas por uno mismo) | <input type="checkbox"/> 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:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid   | <input type="checkbox"/> Administración de Salud de Veteranos (VA), TRICARE, CHAMPVA |
| <input type="checkbox"/> Partes A/B/C/D/suplementario de Medicare                     | <input type="checkbox"/> Servicio de Salud Indígena (IHS)                            |
| <input type="checkbox"/> Privado-individual (compra directa/mercado de seguros/COBRA) | <input type="checkbox"/> Otro seguro médico: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Privado-empleador  | <input type="checkbox"/> 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? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Necesita orientación o educación sobre sus medicamentos?        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Necesita orientación o educación sobre la reducción de riesgos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene problemas de estrés o depresión en su vida?               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

### ¿Qué servicios de Ryan White necesita?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia con alimentos y comidas                                    | <input type="checkbox"/> Servicios legales                        | <input type="checkbox"/> Apoyo psicosocial/grupos de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Administración de casos   | <input type="checkbox"/> Asistencia financiera de copago médico   | <input type="checkbox"/> Terapia por uso de sustancias     |
| <input type="checkbox"/> Atención dental   | <input type="checkbox"/> Terapia de nutrición médica (dietista)   | <input type="checkbox"/> Asistencia de transporte          |
| <input type="checkbox"/> Asistencia financiera de emergencia<br>(servicios públicos, alquiler) | <input type="checkbox"/> Asistencia con medicamentos              | <input type="checkbox"/> Adherencia al tratamiento         |
| <input type="checkbox"/> Educación para la salud/Reducción de riesgos                          | <input type="checkbox"/> Terapia de salud mental                  | <input type="checkbox"/> Atención de la vista              |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para la prima del seguro médico                            | <input type="checkbox"/> Atención prenatal                        | <input type="checkbox"/> Otro: _____                       |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para la vivienda   | <input type="checkbox"/> Atención médica primaria o especializada | <input type="checkbox"/> 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 año durante mi 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**