



# Nevada Ryan White Todas las Partes Documento de Orientación Común 18-04A Solicitud universal de elegibilidad

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Solicitud inicial

Rectificación anual

<b>Solo para uso administrativo:</b>		
Elegibilidad para New Ryan White: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha de finalización: _____
Nombre del administrador de casos/especialista en elegibilidad: _____		
Agencia subreceptora: _____		

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

Apellido legal:		Primer nombre legal:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:			Nombre preferido o alias (AKA, por sus siglas en inglés):		
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			SSN o TIN*:		
Necesita un traductor:    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal (en caso de ser diferente a la del domicilio):		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 dejarle un mensaje?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico:		¿Podemos enviarle un correo electrónico?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		¿El correo debe ser confidencial?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

\*La información del SSN no se utiliza para elegibilidad. Se utiliza para verificar la información de Medicaid o del seguro de salud.

## CONTACTO SECUNDARIO

Nombre:		1. Teléfono (incluya el código de área):	¿Relación con el cliente?		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Notas/Comentarios:		¿El contacto secundario está al corriente de la situación del cliente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

## DEMOGRAFÍA

<b>Identidad de género actual:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino (MTF, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino (FTM, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Género queer/no conforme <input type="checkbox"/> Transgénero Otro: _____		<b>Sexo al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino *Tal como figura en la partida de nacimiento	<b>Pronombres preferidos</b>
<b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> No hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (si ha marcado esta opción, elija una opción a continuación) <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otros orígenes hispanos: _____	<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio nativo de Norte América/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico (si ha marcado esta opción, elija una opción a continuación) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño/Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otros orígenes de las islas del Pacífico: _____ <input type="checkbox"/> Asiático (si ha marcado esta opción, elija una opción a continuación) <input type="checkbox"/> Asiático Indio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros orígenes asiáticos: _____		
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Emparejamiento doméstico <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
<b>¿Es un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

## PRUEBA DE DIAGNÓSTICO (COMPLETAR ÚNICAMENTE DURANTE LA SOLICITUD INICIAL)

Todos los clientes deben proporcionar en el momento de la inscripción inicial solo un (1) documento médico/legal de la lista a continuación que indique una infección por el virus de inmunodeficiencia humana (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 del diagnóstico			
<input type="checkbox"/> Western Blot			
<input type="checkbox"/> Carta con membrete del médico, con firma del médico, indicando que el solicitante es VIH positivo con fecha de diagnóstico.			
<input type="checkbox"/> Expediente clínico electrónico del consultorio médico, con firma electrónica del médico, indicando que el cliente 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 antígenos diferentes o principios diferentes)			
<input type="checkbox"/> Formulario de solicitud de prueba de diagnóstico completado por el médico del solicitante (CGD 15-39)			
ESTADO DE VIH/SIDA/INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO/FACTORES DE RIESGO (COMPLETAR ÚNICAMENTE DURANTE LA SOLICITUD INICIAL)			
Estado de VIH/SIDA: <input type="checkbox"/> VIH positivo (no SIDA) <input type="checkbox"/> VIH positivo (estado de SIDA desconocido) <input type="checkbox"/> SIDA definido por CDC <input type="checkbox"/> VIH negativo (Afectado) <input type="checkbox"/> VIH indeterminado (infantes <2 años)			
Fecha del primer diagnóstico de VIH positivo:	<input type="checkbox"/> ¿Estimada?	Fecha del primer diagnóstico de SIDA:	<input type="checkbox"/> ¿Estimada?
¿Cómo cree que contrajo VIH?			
<input type="checkbox"/> Contacto sexual entre hombres		<input type="checkbox"/> Destinatario de transfusión de sangre, componentes sanguíneos o tejidos	
<input type="checkbox"/> Uso de medicamentos inyectables		<input type="checkbox"/> Transmisión perinatal	
<input type="checkbox"/> Contacto sexual de hombre a mujer		<input type="checkbox"/> Indeterminado/desconocido, riesgo no informado o identificado	
<input type="checkbox"/> Hemofilia/Trastorno de la coagulación		<input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____	

## ATENCIÓN MÉDICA BÁSICA

¿Cómo recibe atención médica primaria para el VIH?	
<input type="checkbox"/> Clínica o distrito sanitario financiado con fondos públicos	<input type="checkbox"/> Centro ambulatorio hospitalario
<input type="checkbox"/> Consultorio privado	<input type="checkbox"/> Sin fuente de atención primaria
<input type="checkbox"/> Sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Nombre del médico de atención primaria:	Nombre del especialista en VIH:

## RESIDENCIA

¿Cuál es su estado actual en cuanto a vivienda?			
<input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda estable (incluye HOPWA):	<input type="checkbox"/> Alquilada	<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Centro de atención médica prolongada
<input type="checkbox"/> Vivo en un alojamiento temporal:	<input type="checkbox"/> Amigos/familiares (incluido couchsurfing)	<input type="checkbox"/> Hotel/Motel	<input type="checkbox"/> Vivienda transitoria o centro de tratamiento
<input type="checkbox"/> Vivo en una vivienda inestable:	<input type="checkbox"/> Sin hogar/Albergue de emergencia	<input type="checkbox"/> 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.

Documentación 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: Complete la certificación de persona sin hogar debajo
<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: _____

## NÚMERO DE MIEMBROS DEL 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?	¿Contribuciones declaradas?
	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: \_\_\_\_\_

## INGRESOS

La prueba de ingresos del hogar se basa en la modificación del ingreso bruto ajustado (MAGI, por sus siglas en inglés). Los ingresos del hogar incluyen todos los ingresos de cualquier persona que el cliente declare en sus contribuciones o los ingresos de alguien que declare al cliente como dependiente en sus contribuciones.

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

- **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

Por favor, seleccione *todas* las opciones de ingresos que aplican a su hogar en la lista a continuación.

- 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*

### ¿Con qué frecuencia le pagan a usted o a su cónyuge/miembros de su hogar?

- Cada semana:  Yo  Cónyuge/miembros de su hogar
- Cada dos semanas:  Yo  Cónyuge/miembros de su hogar
- Por quincena: *El 15 y el 30 de cada mes:*  Yo  Cónyuge/miembros de su hogar
- Mensualmente:  Yo  Cónyuge/miembros de su hogar
- Ingreso inestable:  Yo  Cónyuge/miembros de su hogar

Mensual propio (antes de contribuciones) \$ \_\_\_\_\_

Mensual cónyuge/miembros de su hogar (antes de contribuciones) \$ \_\_\_\_\_

### 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 tenemos fuentes de ingresos no tributables (*marque todas las que correspondan*)
  - Seguro Social por Discapacidad (SSDI)
  - Indemnización para trabajadores
  - Manutención de niños (recibida)
  - Ingresos por discapacidad para veteranos
  - Activos de préstamos (estudiantes/préstamos bancarios)
  - Otro: \_\_\_\_\_
  - Otro: \_\_\_\_\_
  - Otro: \_\_\_\_\_

Mensual propio \$ \_\_\_\_\_

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

### Fuentes de ingresos tributables

¿Usted, o algún miembro de su hogar, tiene alguna de las siguientes fuentes de ingresos tributables?

- No, ni yo ni nadie en mi hogar tiene fuentes de ingresos tributables
- Sí, yo o alguien en mi hogar tenemos una fuente de ingresos tributables (*marque todas las que correspondan*)
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sueldos, salarios y propinas (brutos, antes de contribuciones) | <input type="checkbox"/> Plusvalías   |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por seguro social por retiro                          | <input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler (netos)   |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por seguro social por discapacidad                    | <input type="checkbox"/> Pago por desempleo   |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de negocios propios/trabajo por cuenta propia         | <input type="checkbox"/> Importe tributable de las distribuciones de pensiones y cuentas individuales de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés) |
| <input type="checkbox"/> Intereses y dividendos tributables                             | <input type="checkbox"/> Otros ingresos no exentos (pago por servicio de jurado, ganancias de juegos de azar)                                       |

Mensual propio (antes de contribuciones) \$ \_\_\_\_\_ Mensual cónyuge/miembro del hogar (antes de contribuciones) \$ \_\_\_\_\_

### 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 en mi hogar tenemos deducciones (*marque todas las que correspondan*)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deducciones de la cuenta de ahorro para la salud               | <input type="checkbox"/> Plan de retiro en el lugar de trabajo: 401K |
| <input type="checkbox"/> Costos del seguro de salud para trabajadores por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Plan de retiro en el lugar de trabajo: 403B |
| <input type="checkbox"/> Gastos de salud (primas del seguro pagadas por uno mismo)      | <input type="checkbox"/> IRA tradicional (no una IRA Roth)           |
- Mensual propio (antes de contribuciones) \$ \_\_\_\_\_ Mensual cónyuge/miembro del hogar (antes de contribuciones) \$ \_\_\_\_\_

### 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/miembro del hogar \$ \_\_\_\_\_ Nota: (Los ingresos no tributables no se incluyen en MAGI)

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

### 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: \_\_\_\_\_

### SEGURO DE SALUD

¿Necesita ayuda para inscribirse en un seguro de salud, pagar las primas y/o los medicamentos?  Sí  No

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, por sus siglas en inglés), TRICARE, CHAMPVA |
| <input type="checkbox"/> Medicare Partes A/B/C/D/Supplement                 | <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   |

### Medicaid

¿Está inscrito en Medicaid?

- Sí, estoy inscrito en Medicaid Nombre del plan: \_\_\_\_\_
- Lo solicité, pero me lo denegaron. Motivo: \_\_\_\_\_
- Lo he solicitado, pero estoy esperando la decisión
- No, no estoy inscrito porque:
- Tengo otro seguro de salud
  - No califico; mis ingresos y activos superan los requisitos de elegibilidad de Medicaid
  - Necesito que me remitan a Medicaid
  - 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

### 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 de salud      Nombre del plan: \_\_\_\_\_
  - Parte D/Plan de medicamentos      Nombre del plan: \_\_\_\_\_
  - Medicare Supplement o plan de retiro      Nombre del plan: \_\_\_\_\_
- No, no estoy inscrito a Medicare
- Si está inscrito en Medicare, ¿recibe un beneficio adicional o subsidios por ingresos limitados para los costos de sus medicamentos recetados?
- Sí  No

### Marketplace/Nevada Health Link

#### ¿Está inscrito en un plan de Marketplace/Nevada Health Link?

- Sí, estoy inscrito en un plan de Marketplace/Nevada Health Link Nombre del plan: \_\_\_\_\_
- Lo solicité, pero me lo denegaron. Motivo: \_\_\_\_\_
- Lo he solicitado, pero estoy esperando la decisión
- No, no estoy inscrito porque:
- Tengo otro seguro de salud
  - Estoy esperando el período de inscripción abierta
  - Necesito que me remitan a un especialista en seguros para inscribirme en un plan de Marketplace
  - 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 afiliado, pero es posible que pueda conseguir un seguro mediante:  Empleador  Cónyuge/concubino/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.*

### RYAN WHITE Y OTRAS NECESIDADES DE SERVICIO

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Toma sus medicamentos de manera consistente como le son recetados? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Necesita asesoramiento o educación sobre sus medicamentos?         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Necesita asesoramiento 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"/> Ayuda 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 en copagos médicos | <input type="checkbox"/> Terapia para el consumo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Atención dental  | <input type="checkbox"/> Terapia médica nutricional (dietista)    | <input type="checkbox"/> Ayuda de transporte                   |
| <input type="checkbox"/> Asistencia financiera de emergencia (servicios públicos, alquiler) | <input type="checkbox"/> Ayuda con los medicamentos               | <input type="checkbox"/> Adherencia a los tratamientos         |
| <input type="checkbox"/> Educación médica/reducción de riesgos                              | <input type="checkbox"/> Terapia de salud mental                  | <input type="checkbox"/> Atención de la vista                  |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para la prima del seguro de salud                            | <input type="checkbox"/> Atención prenatal                        | <input type="checkbox"/> Otros: _____                          |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para la vivienda   | <input type="checkbox"/> Atención médica primaria o especializada | <input type="checkbox"/> Otros: _____                          |

## DERECHOS Y OBLIGACIONES

Las siguientes declaraciones reflejan sus derechos y obligaciones como individuo que busca servicios médicos y de apoyo de los programas Ryan White Todas las Partes (ABCD) en el estado de Nevada.

### Derechos del cliente

- 1. Respeto, cortesía y privacidad:** usted tiene derecho a ser tratado con respeto y cortesía en todo momento dentro de un entorno que le proporcione 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 nación de origen.
- 3. Acceso a la información sobre los servicios de VIH/SIDA:** tiene derecho a ser informado por su proveedor de atención médica y/o social sobre todos los tratamientos disponibles contra el VIH/SIDA y sobre los servicios sociales y de apoyo relacionados disponibles. Tiene derecho a recibir advertencias sobre los riesgos y a analizar los beneficios de cualquier tratamiento o servicio propuesto. Tiene derecho a dar su consentimiento informado a cualquier tratamiento, servicio o prestación antes de que sea administrado.
- 4. Identidad y credenciales del proveedor:** tiene derecho a saber los nombres, cargos, especialidades y afiliaciones de todos los proveedores médicos y de servicios sociales, así como cualquier otra persona que participe en su atención médica. Tiene derecho a saber sobre las políticas y procedimientos de la organización médica o de servicios sociales.
- 5. Divulgación de información culturalmente sensible:** tiene derecho a que la información se comparta con usted de una manera respetuosa y fácil de entender, considerando las diferencias del entorno, la cultura y las preferencias de cada persona.
- 6. Consentimiento y plan de atención médica:** tiene derecho a participar en el desarrollo de un plan individualizado de atención médica antes y durante el curso del tratamiento. Tiene derecho a no estar de acuerdo, cambiar de opinión o solicitar una segunda opinión médica sin que esto afecte la disponibilidad actual del tratamiento o los servicios.
- 7. Elección y acceso al servicio:** tiene derecho a ser informado de todos los servicios disponibles en el momento del ingreso. Tiene derecho a elegir y recibir todos los tratamientos o servicios para los que califique.
- 8. Rechazo del servicio:** tiene derecho a rechazar tratamientos o servicios sin presiones por parte de su proveedor de servicios de atención médica o servicios sociales. 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 a un tratamiento, ensayos clínicos, asesoramiento o cualquier otro servicio sin que ello afecte su atención médica actual.
- 9. Nombramiento de un representante:** tiene derecho a elegir un representante. Puede tener más de un representante (como un miembro de su familia u otra persona) para que le brinde apoyo y represente sus derechos.
- 10. Voluntad anticipada de atención médica:** tiene derecho a disponer instrucciones por adelantado, como un testamento en vida, un poder para atención médica o un poder notarial duradero para servicios médicos y sociales.
- 11. Acceso a la información financiera:** tiene derecho a hacer preguntas y ver todas sus facturas de atención médica. Tiene derecho a recibir remisiones y ayuda con cualquier problema de pago.
- 12. Confidencialidad y acceso a los expedientes:** tiene derecho a que todos sus expedientes sean estrictamente confidenciales y a que no se divulguen sin su permiso. Tiene derecho a acceder a todos sus expedientes, a menos que la información esté expresamente excluida según lo indique la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y a tener copias de los mismos a un costo justo.
- 13. Transferencia y continuidad de la atención médica:** tiene derecho a recibir tratamientos/servicios ininterrumpidos. Si es posible, sus solicitudes de dejar a un proveedor y ser atendido por otro deben honrarse y efectivizarse lo más pronto posible. NO puede ser transferido a otro proveedor o centro sin una explicación por dicha transferencia. Debe recibir información de otras opciones disponibles.
- 14. Procedimiento de reclamación del cliente:** tiene derecho a emitir quejas, sugerir cambios y ser informado sobre cómo presentar una queja (una queja formal por escrito). Tiene derecho a hacerlo sin hostigamiento, interferencias ni presiones. Tiene derecho a solicitar una copia de las políticas y los procedimientos de reclamación de un organismo. Tiene derecho a ponerse en contacto con las oficinas receptoras de Ryan White para apelar la decisión de una agencia sobre una reclamación en cualquier momento si siente que la agencia no responde a su reclamación.

Escriba sus iniciales: \_\_\_\_\_

### Responsabilidades del cliente

- 1. Respeto, cortesía y confidencialidad:** los proveedores de servicios médicos y sociales tienen derecho a ser tratados con respeto y cortesía en todo momento.
- 2. Información correcta y completa:** usted es responsable de proporcionar información correcta y completa a su proveedor; debe dar esta información lo mejor que pueda. Usted es responsable de brindar información correcta y completa sobre terceros pagadores (como compañías de seguros, Medicaid, Medicare) a sus proveedores y sus centros.
- 3. Búsqueda de información sobre su caso:** usted es responsable de hacer preguntas sobre la atención médica que está recibiendo si no la entiende por completo.
- 4. Seguimiento de los planes de tratamiento:** usted es responsable de seguir los planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado. Tiene la responsabilidad de informar con inmediatez a su proveedor si decide interrumpir el tratamiento o no seguir sus consejos.
- 5. Citas programadas:** usted es responsable de asistir a las citas que usted y su proveedor hayan programado. Si tiene que cancelarlas, deberá notificárselo a su proveedor.
- 6. Reglas y regulaciones de las organizaciones de proveedores de servicios:** usted es responsable de seguir las reglas y regulaciones de sus proveedores y sus agencias o centros.
- 7. Emisión de quejas y reclamos:** usted es responsable de expresar quejas y presentar reclamos en tiempo y de forma cortés y apropiada. Debe hacerlo siguiendo la política y el procedimiento de reclamación del proveedor y puede pedir ayuda para hacerlo si la necesita. Es responsable de apelar la decisión de una agencia sobre su reclamación ante las oficinas receptoras de Ryan White o de ponerse en contacto con estas oficinas receptoras si siente que la agencia no responde a su reclamación.

Escriba sus iniciales: \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por la presente autorizo a cualquiera de las agencias listadas a continuación que participan en el Programa Ryan White Todas las Partes (ABCD) basado en la comunidad y en los programas HOPWA en el estado de Nevada a divulgar o compartir información sobre mi elegibilidad, estado de mis expedientes médicos e información sobre mi diagnóstico y tratamiento. A continuación, las agencias/programas autorizados son:

- ❖ ACCEPT
- ❖ Access to Healthcare Network
- ❖ Aid for AIDS of Nevada
- ❖ AIDS Healthcare Foundation
- ❖ Servicios de Salud y Humanos de la ciudad de Carson
- ❖ Ciudad de Las Vegas
- ❖ Servicios Sociales del Condado de Clark
- ❖ Centro Comunitario de Asesoramiento
- ❖ Community Outreach Medical Center
- ❖ Dignity Health
- ❖ Vigilancia del VIH, División de Salud Pública y del Comportamiento
- ❖ Golden Rainbow
- ❖ Huntridge Family Clinic
- ❖ Programa de Salud Maternal e Infantil de la Escuela de Medicina Kirk Kerkorian/UNLV
- ❖ Su compañía de seguro de salud: \_\_\_\_\_
- ❖ Su médico: \_\_\_\_\_
- ❖ Pareja/cónyuge/otros: \_\_\_\_\_
- ❖ Impact Exchange
- ❖ Magellan Rx – Administrador de Beneficios de Farmacia
- ❖ Medicare
- ❖ División de bienestar y servicios de apoyo de Nevada
- ❖ Medicaid Nevada
- ❖ Northern Nevada HOPES
- ❖ Servicios de Salud y Humanos del condado de Nye
- ❖ Distrito de Salud del Sur de Nevada
- ❖ Centro LGBTQ del sur de Nevada
- ❖ University Medical Center - Centro de Bienestar
- ❖ Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Nevada, Las Vegas
- ❖ Woman's Development Center

La información puede ser divulgada entre los organismos mencionados anteriormente a durante mi inscripción activa en el programa Ryan White Todas las Partes (ABCD). Solo las agencias a las que he solicitado o solicitaré servicios tendrán acceso a mi información compartida. Comprendo que mis expedientes están protegidos por las regulaciones federales de HIPAA y no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito, a menos que las regulaciones dispongan lo contrario. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado alguna medida o se hayan prestado servicios mientras estaba o está vigente. Comprendo que al retirarme ya no estaré solicitando servicios del programa Ryan White Todas las Partes (ABCD) Este consentimiento expira de forma automática a un (1) año de la inscripción o del consentimiento previamente firmado.

## RECONOCIMIENTO

Comprendo plenamente que al aplicar para este programa, estoy divulgando información personal que se utilizará para ayudarme con los beneficios asociados con los programas Ryan White Partes A, B, C, D de Nevada. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial, pero será utilizada por el personal para revisar mi elegibilidad para este programa. Además, al firmar este formulario, comprendo que la información contenida en el mismo puede utilizarse para verificar toda la información proporcionada en la solicitud. Al aplicar para este programa, comprendo 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 seis meses en o antes de mi mes de nacimiento y seis meses después (medio mes de nacimiento).
2. Es mi responsabilidad informar de cualquier cambio en los ingresos de mi hogar, mi dirección, mi información de contacto, mi seguro de salud o cualquier otra información que pueda afectar a mi elegibilidad o servicios.
3. Si no recertifico, se suspenderán mi elegibilidad y mis prestaciones.

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 representante en letra imprenta

Firma del representante

Fecha