

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B

## Demografía

A continuación escriba la información con letra legible

<b>*Primer nombre:</b> <hr/> <b>Segundo nombre:</b>	<b>*Número de Seguro Social:</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> <span>-</span> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> <span>-</span> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> </div>
<b>*Apellido:</b> <hr/> <b>Sufijo:</b> <input type="radio"/> Sr. <input type="radio"/> Jr. <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV	<b>*Fecha de nacimiento:</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> <span>/</span> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> <span>/</span> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> <span><input type="text"/></span> </div>
<b>Sobrenombre:</b>	
<b>*Sexo de nacimiento:</b> <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
<b>*Género actual:</b> <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
<b>*Estado civil:</b> <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado legalmente <input type="radio"/> En pareja <input type="radio"/> Viudo	
<b>¿Nació en Estados Unidos?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <b>Si la respuesta es No, escriba su país de origen:</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>	
<b>Lengua materna:</b> <input style="width: 300px;" type="text"/>	
<b>*Etnia: (Marque todos los que apliquen)</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 20%;"> <input type="radio"/> No hispano/latino(a)         </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 70%;"> <input type="radio"/> Hispano/latino(a) <i>*(Si selecciona, especifique):</i>  <input type="radio"/> Mexicano, Mexicano- estadounidense/Chicano(a)  <input type="radio"/> Portorriqueño <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Otro Hispano/latino(a) u origen español         </div> </div>	
<b>*Raza: (Marque todos los que apliquen)</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;"> <input type="radio"/> Blanco         </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;"> <input type="radio"/> Negro o afroamericano         </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;"> <input type="radio"/> Asiático <i>*(Si lo selecciona, especifique):</i>  <input type="radio"/> Indio asiático <input type="radio"/> Chino  <input type="radio"/> Filipino <input type="radio"/> Japonés  <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Vietnamita  <input type="radio"/> De otro país asiático         </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;"> <input type="radio"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  <i>*(Si selecciona, especifique):</i>  <input type="radio"/> Nativo de Hawái <input type="radio"/> Guameño o Chamorro  <input type="radio"/> Samoano <input type="radio"/> Otra isla del Pacífico         </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;"> <input type="radio"/> Indio americano o Nativo de Alaska         </div> </div>	
<b>Referido por:</b> <input type="radio"/> MAI <input type="radio"/> Usted mismo <input type="radio"/> Otro: <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="radio"/> Sin derivación	
<b>Nombre y número de teléfono de la persona que lo ayudó a completar este formulario (si aplica):</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input style="width: 150px;" type="text"/></span> <span>(<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>) - <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></span> </div>	

Iniciales del cliente

# Información de contacto

A continuación escriba la información con letra legible

<b>Dirección de residencia:</b>	
Dirección 1:	Estado:
Dirección 2:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ciudad:	Condado:

<b>Dirección de envío:</b>	
*¿La dirección de envío es la misma que la dirección de residencia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (Si es diferente, ingrese la dirección de envío):	
Dirección 1:	Estado:
Dirección 2:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ciudad:	Condado:
<b><u>La dirección que ingresó arriba es a la que le enviaremos correspondencia.</u></b>	
*¿Le podemos enviar correspondencia a esta dirección? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

<b>Dirección de envío de la medicación</b>	
*¿A dónde se enviará su medicación?	
<input type="radio"/> Dirección de residencia <input type="radio"/> Dirección de envío <input type="radio"/> No aplica - no está con medicación para VIH	
<input type="radio"/> Dirección para la medicación	
Dirección 1:	Estado:
Dirección 2:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ciudad:	Condado:

<b><u>Teléfonos:</u></b>		
Celular: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Se puede dejar un mensaje?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Casa: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Se puede dejar un mensaje?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Trabajo: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Se puede dejar un mensaje?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otro: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Se puede dejar un mensaje?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

<b><u>Correo electrónico:</u></b> <input type="text"/>	¿Enviar avisos/información a esta dirección de correo electrónico?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
--	--	---

Iniciales del cliente

## Información de contacto (continuación)

A continuación escriba la información con letra legible

### **\*Documentos de verificación de residencia de Ohio adjuntos** (Marque todos los que apliquen)::

- Licencia de conducir       Identificación del estado de Ohio       Alquiler/carta del propietario  
 Factura de servicios públicos       Carta de beneficio/adjudicación       Sobre con dirección del remitente  
 Sin hogar       Otro (Si es otro, especifique):

### **Información del contacto de emergencia** (Debe ser alguien que podamos contactar que sepa su situación de VIH):

¿El cliente tiene un Contacto de emergencia?    Sí    No   (Si la respuesta es afirmativa, ingrese el nombre a continuación.)

\*Primer nombre:

\*Apellido:

#### **Relación con el Contacto de Emergencia** ( Solo seleccione uno):

- Hermano       Hijo       Padre       Amigo  
 Madre       Otro miembro de la familia       Otro que no sea miembro de la familia       Pareja  
 Compañero de cuarto       Hermana       Cónyuge

\*Número de teléfono del contacto de emergencia: (    ) -    -

## Administrador del caso

Se requiere que los solicitantes con un ingreso menor al 100 % del Nivel de pobreza federal actual tengan un administrador del caso.

Nombre de la agencia:

Número de teléfono de la agencia:  
(    ) -    -

Fax de la agencia:  
(    ) -    -

Administrador del caso:

Número de teléfono del Administrador del caso:  
(    ) -    -

Extensión:

Correo electrónico del Administrador del caso:

Iniciales del cliente

# CLIENTE

## Información financiera

A continuación escriba la información con letra legible

Haga copias de esta página y complete para CADA compañía que emplee al cliente.

<b>Situación laboral:</b> (Marque todos los que apliquen): <input type="radio"/> Tiempo completo (40 horas o más por semana) <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Desempleado <input type="radio"/> Tiempo parcial <input type="radio"/> Discapacidad	<b>Me pagan:</b> <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Anualmente <input type="radio"/> Cada dos semanas (bisemanal) <input type="radio"/> Dos veces por mes (bimestral)
---	---

Tipo de ingreso	Cantidad bruta	Frecuencia	
Salario/Sueldo	\$		
Ingreso por discapacidad privado:	\$		
Ingreso del Seguro Social para Discapacitados (SSDI):	\$	Mensualmente	
Ingreso del Seguro Social (SSI):	\$	Mensualmente	
Beneficios de veteranos por mes:	\$	Mensualmente	
Otros ingresos por mes (Marque todos los que apliquen):	\$		<input type="radio"/> Pensión alimenticia/Manutención infantil
	\$		<input type="radio"/> Pensión
	\$		<input type="radio"/> Desempleo
	\$		<input type="radio"/> Compensación del trabajador
	\$		<input type="radio"/> Ingreso por renta
	\$		<input type="radio"/> Otro (Si es otro, especifique): <input type="text"/>
Ingreso bruto anual:	\$		
Tamaño del hogar (incluir al cliente):	<input type="text"/>		

**\* Adjuntar documentos de verificación de ingresos:** (Seleccione y adjunte todos los que apliquen):

Carta de beneficio/adjudicación       Talón de pago

Verificación de la Declaración de ingresos       Trasunto de impuesto (3 años de trasuntos de impuestos – Solo para independientes)

Otro (Si Otro, especifique):

Nombre del empleador:

Iniciales del cliente

# HOGAR

## Información de ingreso

A continuación escriba la información con letra legible

Se debe proporcionar prueba de ingreso a TODOS los miembros del hogar que tengan ingresos. Haga copias de esta página y complete para CADA empleador para CADA miembro del hogar.

*Primer nombre:	*Relación:
Segundo nombre:	*Fecha de nacimiento: □ □ / □ □ / □ □ □ □
*Apellido:	
¿Vive en la misma dirección? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cubierto por seguro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Identificación de Ryan White del miembro del hogar (si aplica): □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □	
*¿El miembro del hogar recibe algún tipo de ingreso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
*¿Se incluye al miembro del hogar en el cálculo del ingreso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

Tipo de ingreso	Cantidad bruta	Frecuencia	
Salario/Sueldo	\$		
Ingreso por discapacidad privado:	\$	Mensualmente	
Ingreso del Seguro Social para Discapacitados (SSDI):	\$	Mensualmente	
Ingreso del Seguro Social (SSI):	\$	Mensualmente	
Beneficios de veteranos por mes:	\$		
Otros ingresos por mes (Marque todos los que apliquen):	\$		<input type="radio"/> Pensión
	\$		<input type="radio"/> Pensión
	\$		<input type="radio"/> Desempleo
	\$		<input type="radio"/> Compensación del
	\$		<input type="radio"/> Ingreso por renta
	\$		<input type="radio"/> Otro (Si Otro, especifique): <input type="text"/>
Ingreso bruto anual:	\$		

\*Adjuntar documentos de verificación de ingreso (Seleccione y adjunte todos los que apliquen):

Carta de beneficio/adjudicación       Talón de pago

Verificación de la Declaración de ingresos       Tránsito de impuesto (3 años de trasuntos de impuestos – Solo para independientes)

No aplica       Otro (Si otro, especifique):

Nombre del empleador:

Iniciales del cliente

## Otros miembros del hogar

Utilice esta página para ingresar miembros del hogar y dependientes que **NO** tengan ingresos pero que se incluyan en el cálculo de ingreso para el cliente para determinar la elegibilidad del programa. *Si es necesario, haga copias de esta página.*

*Primer nombre:		*Relación:	
Segundo nombre:		*Fecha de nacimiento:	
*Apellido:		□□/□□/□□□□	
¿Vive en la misma dirección? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Cubierto por seguro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Identificación de Ryan White del miembro del hogar (si aplica): □□□□-□□□□□□			
*¿El miembro del hogar recibe algún tipo de ingreso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
*¿Se incluye al miembro del hogar en el cálculo del ingreso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

*Primer nombre:		*Relación:	
Segundo nombre:		*Fecha de nacimiento:	
*Apellido:		□□/□□/□□□□	
¿Vive en la misma dirección? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Cubierto por seguro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Identificación de Ryan White del miembro del hogar (si aplica): □□□□-□□□□□□			
*¿El miembro del hogar recibe algún tipo de ingreso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
*¿Se incluye al miembro del hogar en el cálculo del ingreso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

*Primer nombre:		*Relación:	
Segundo nombre:		*Fecha de nacimiento:	
*Apellido:		□□/□□/□□□□	
¿Vive en la misma dirección? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Cubierto por seguro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Identificación de Ryan White del miembro del hogar (si aplica): □□□□-□□□□□□			
*¿El miembro del hogar recibe algún tipo de ingreso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
*¿Se incluye al miembro del hogar en el cálculo del ingreso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

*Primer nombre:		*Relación:	
Segundo nombre:		*Fecha de nacimiento:	
*Apellido:		□□/□□/□□□□	
¿Vive en la misma dirección? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Cubierto por seguro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Identificación de Ryan White del miembro del hogar (si aplica): □□□□-□□□□□□			
*¿El miembro del hogar recibe algún tipo de ingreso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
*¿Se incluye al miembro del hogar en el cálculo del ingreso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

Iniciales del cliente □□

# Seguro

A continuación escriba la información con letra legible

\*¿El cliente tiene seguro de salud, Medicare y/o Medicaid con cobertura de medicamentos recetados?

Sí  No

\*¿El cliente aplicó para Medicaid?

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ingrese la fecha de Solicitud para Medicaid:

/   /

\*¿El cliente tiene una carta de determinación de Medicaid o tarjeta de Medicaid?

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ingrese la fecha en que recibió la Carta de determinación de Medicaid:

/   /

El cliente tiene lo siguiente (*Seleccione todos los que apliquen*):

Seguro de salud

Beneficio para veteranos

Medicare

Otro (*Si otro, debe especificar*):

Cobertura de medicamentos recetados

Medicaid

\*

¿Divulgación HIPAA en expediente?

Sí  No

\*Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha de firma:

/   /

Iniciales del cliente

# Primas

A continuación escriba la información con letra legible

¿El cliente quiere asistencia con el pago de primas?  Sí  No

<p><b>Cobertura del Seguro de salud</b> (<i>Seleccione todos los que apliquen</i>):</p> <p><input type="radio"/> Seguro de salud privado Si la respuesta es afirmativa, ¿esto es un Plan del mercado de seguros ACA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Parte A o B de Medicare (<i>La parte B de Ryan White no paga estas primas</i>)</p> <p><input type="radio"/> Parte C de Medicare (Plan Medicare Advantage)</p> <p><input type="radio"/> Parte D de Medicare</p> <p><input type="radio"/> Plan de Atención médica administrada de Medicaid</p>	<p>¿El cliente de OHDAP es el titular de la póliza? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p><i>*Si la respuesta es No, ingrese el nombre del titular de la póliza:</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <p>¿El titular de la póliza es un cliente de Ryan White? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa, ingrese la fecha de nacimiento del titular de la póliza:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p>Y los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro social del titular de la póliza:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
<p><b>*COBRA</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa, ingrese las fechas a continuación y adjunte una copia de su Formulario de elección de COBRA:</p> <p>Fecha de inicio: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Fecha de finalización: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	

<p>Titular de la póliza/Identificación del afiliado:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	<p>Plan de salud/Número de póliza:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
<p>Nombre del grupo:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	<p>Número del grupo:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
<p>Teléfono de Servicio al cliente: ( <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> ) - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	
<p>Número de personas cubiertas por la póliza <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	

**\*Cobertura del Seguro** (*Seleccione todos los que apliquen*)::

	<b>Monto de la prima</b>
Salud:	\$ <input style="width: 100px;" type="text"/>
Dental:	\$ <input style="width: 100px;" type="text"/>
Otro:	\$ <input style="width: 100px;" type="text"/>
Si otro, especifique: (por ejemplo, visión):	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Costo de primas de seguro mensuales:	\$ <input style="width: 100px;" type="text"/>
Empleador que proporciona la cobertura:	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Persona de contacto:	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Teléfono:	( <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> ) - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

Iniciales del cliente



# Primas(continuación)

A continuación escriba la información con letra legible

## Información de la compañía de seguro:

*Nombre de la compañía de seguro: <input type="text"/>	TIN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

## Dirección de pago:

A la atención de:	Teléfono:
Beneficiario:	( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección 1:	Fax:
Dirección 2:	( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ciudad:	Correo electrónico:
Estado:	<input type="text"/>
Código postal:	

Iniciales del cliente

## \*Documentos de verificación del seguro adjuntos:

- Copia legible de la parte frontal de la Tarjeta del seguro
- Copia legible de la parte trasera de la Tarjeta del seguro
- Explicación de Beneficios (EOB) de la Compañía del seguro
- Explicación de Pago (EOP) de la Compañía del seguro

# Copagos por recetas

A continuación escriba la información con letra legible

\*¿El cliente quiere recibir asistencia para copagos por recetas médicas (Rx)?  Sí  No

\*Cobertura del Seguro (Seleccione todos los que apliquen):

<input type="radio"/> Seguro de salud privado
<input type="radio"/> Parte D de Medicare
<input type="radio"/> Atención médica administrada de Medicaid

## Información de copago de la medicación:

*Nombre del negocio: <input type="text"/>	TIN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

## Dirección de pago:

A la atención de:	Teléfono: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Beneficiario:	
Dirección 1:	Fax: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección 2:	
Ciudad:	Correo electrónico: <input type="text"/>
Estado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Id. de Rx: <input type="text"/>	BIN de Rx: <input type="text"/>
Grupo de Rx: <input type="text"/>	PCN de Rx: <input type="text"/>
Persona de contacto: <input type="text"/>	Teléfono: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Iniciales del cliente

\*Documentos de verificación de los copagos por receta adjuntos:

- Copia legible de la parte frontal de la Tarjeta de Rx
- Copia legible de la parte trasera de la Tarjeta de Rx

# Medicaid

A continuación escriba la información con letra legible

¿El cliente quiere asistencia con Medicaid Spenddown (Gastos reducidos de Medicaid)?  Sí  No

Número de caso de Medicaid:

Número de facturación de Medicaid:

Condado de pago:

Spenddown  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, indique la cantidad de Spenddown:

\$

Iniciales del cliente

## Información médica

### Autoinforme del cliente

A continuación escriba la información con letra legible

<b>* ¿Usted tiene un proveedor de atención médica para la atención de VIH/SIDA?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es afirmativa, ingrese la información del proveedor a continuación:			
Primer nombre del proveedor:	Dirección 1:	<input type="text"/>	
Apellido del proveedor:	Dirección 2:	<input type="text"/>	
	Ciudad:	<input type="text"/>	
	Estado:	<input type="text"/>	Código postal:
Teléfono:		<input type="text"/> ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

<b>* Año de primer resultado positivo de una prueba de VIH:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Recuento de CD4 + Más bajo (NADIR): <input type="text"/>
Estado de VIH: <input type="radio"/> VIH positivo, No SIDA <input type="radio"/> VIH positivo, Estado de SIDA desconocido <input type="radio"/> SIDA definida por CDC
Categoría de exposición al VIH: <input type="radio"/> MSM (hombre que tiene sexo con otro hombre) <input type="radio"/> IDU (uso de drogas intravenosas) <input type="radio"/> Hemofilia/trastorno de la coagulación <input type="radio"/> Contacto heterosexual <input type="radio"/> Receptor de transfusión de sangre/componentes sanguíneos (otro que no sea factor de la coagulación) <input type="radio"/> Transmisión perinatal (de la madre al bebé) <input type="text"/> <input type="radio"/> Otro (Si la respuesta es afirmativa, especifique): <input type="radio"/> Desconocido
<b>* ¿Su médico le receta terapia antirretroviral (TARV)?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<b>* ¿Ha sido diagnosticado con hepatitis B?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<b>* ¿Ha sido diagnosticado con hepatitis C?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<b>* ¿Está embarazada?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha probable de parto: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Iniciales del cliente

## VERIFICACIÓN DE INGRESOS PARA TODOS LOS SOLICITANTES

Yo,  (nombre en letra de imprenta del solicitante), juro o afirmo

que actualmente no recibo ingresos de ningún tipo que no hayan sido informados en mi solicitud para los programas Ryan White Parte B de Ohio, incluido el Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH de OHIO (OHIO HIV Drug Assistance Program, OHDAP). Entiendo que los ingresos incluyen todo el dinero recibido de trabajo, incluso aquel que no se informa para propósitos impositivos. Los ingresos también incluyen, pero no se limitan a, dinero recibido de jubilación, inversiones, compensación por desempleo y beneficios por discapacidad. Soy consciente de que también debo informar cualquier y todos los ingresos ganados por mi cónyuge (si estoy casado) y padres (si soy dependiente).

Soy consciente de que proporcionar información falsa, incompleta o inexacta con relación a mis ingresos o cualquier otro aspecto de mi solicitud puede resultar en mi incapacidad para recibir asistencia futura de cualquier y todos los programas financiados por Ryan White Parte B.

Firma del solicitante : \_\_\_\_\_

Fecha:   /   /

**NOTA:** Este formulario (Verificación de ingresos para Ryan White Parte B) también está disponible como formulario individual (HEA 0169).

**El documento requiere de firma en el reverso, esta página se deja intencionalmente en blanco.**

## AUTORIZACIÓN PARA PRUEBA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y REPORTE DE VIH/SIDA

El número de casos de VIH informado en Ohio determina la financiación para los servicios de VIH/SIDA. El reporte de VIH/SIDA tiene un impacto significativo en el dinero disponible para ayudar a las personas. El dinero para los programas Ryan White Parte B (por ej., OHDAP, HIPP, administración de casos médicos, asistencia financiera, etc.) son otorgados a Ohio según el número informado de personas que viven con VIH/SIDA en nuestro estado.

La ley de Ohio exige que los casos de VIH y SIDA se informen al Departamento de Salud de Ohio.

**Entiendo que presentar esta solicitud al programa Ryan White Parte B en el Departamento de Salud de Ohio puede generar un formulario de informe de casos de VIH/SIDA confidencial para cumplir con la ley de Ohio..**

Autorizo al Departamento de Salud de Ohio a verificar toda la información manifestada en mi solicitud para recibir los servicios de Ryan White Parte B relativos a mi condición médica, estado de elegibilidad para el programa, ingreso financiero y recursos disponibles, beneficios del seguro y otras fuentes de asistencia que tenga disponible.

Entiendo que el Departamento de Salud de Ohio se puede comunicar con cualquier persona, entidad, agencia u organización, incluido mi médico, mi administrador de caso médico, mi oficina del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado, mi contacto de emergencia, u otro proveedor indicado en mi solicitud para determinar mi elegibilidad actual, en curso o futura para los servicios del programa o para ayudarme a recibir servicios a través de este u otros programas para los cuales pueda ser elegible.

Entiendo que debo informar al programa Ryan White Parte B si cualquier información sobre mi estado de elegibilidad (por ej., estado de VIH, estado de residencia de Ohio, estado financiero/ingreso) cambia de alguna manera. Entiendo que proporcionar información falsa, incompleta o inexacta puede resultar en la cancelación o denegación de los beneficios o en una posible acción legal.

**Al firmar a continuación, afirmo que, según mi leal saber y entender, las respuestas y la información proporcionada son completas y correctas. Estoy de acuerdo con divulgar mi información a las personas, entidades, organizaciones y/o agencias necesarias como se describió anteriormente, incluido para verificar la información que proporcioné. Entiendo que Ohio exige el informe de casos de VIH y SIDA.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante (o tutor legal, si aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

*Se necesita la firma del solicitante o persona legalmente responsable de la solicitud (si el solicitante es un menor o un dependiente discapacitado). Esta autorización es válida por un período de dos (2) años a partir de la fecha de la firma, a menos que el solicitante la revoque por escrito. Revocar la autorización puede prevenir que el Departamento de Salud de Ohio verifique la elegibilidad del solicitante para los servicios del programa.*

### Procedimientos de apelación

Puede apelar al Director del Departamento de Salud de Ohio (o su designado), si:

- 1) Se deniega su solicitud de asistencia para el programa Ryan White Parte B; O
- 2) Se cancela su asistencia a través del programa Ryan White Parte B.

Si considera que ha sido discriminado debido a su raza, color, nacionalidad de origen, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, religión o creencias políticas, tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud de Ohio: Ohio Department of Health, 246 N. High Street, Columbus, OH 43266-0118; o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos: Department of Health and Human Services, Washington, DC 20201.

**NOTA:** Este formulario (Autorización para prueba y divulgación de información) también está disponible como formulario individual (HEA 0171).

**El documento requiere de firma en el reverso, esta página se deja intencionalmente en blanco.**



# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL (DIVULGACIÓN HIPAA)

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA

Incluya información sobre la persona de la cual se divulgará información.

Nombre

Fecha de nac.:

/ / 

Número de Seguro Social:

--

Dirección:

Id. de miembro (en la tarjeta del seguro):

## DIVULGACIÓN/RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

En el cuadro a continuación, ingrese la persona/organización autorizada a divulgar la información.

La siguiente compañía está autorizada a divulgar la información solicitada (ingrese el nombre de la compañía de seguro/empleador, si la compañía tiene seguro propio):

La información se puede proporcionar a:

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program  
Ohio Department of Health, 246 N. High Street, Columbus, OH 43215  
1-800-777-4775

## QUÉ INFORMACIÓN SE DIVULGARÁ

El programa HIPP del Departamento de Salud de Ohio es un beneficiario tercero de mi prima de seguro. Como resultado, doy permiso para divulgar la siguiente información:

- ▶ Información de primas Historial de pago
- ▶ Información de la póliza
- ▶ Información de beneficio de medicamentos recetados
- ▶ Información de dirección correcta para asegurar un pago inmediato

## PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

El propósito de esta divulgación es asegurar el pago inmediato de mis primas del seguro. Como tal, cualquier comunicación de representantes del programa HIPP del Departamento de Salud de Ohio será con el interés de cumplir con este objetivo.

## FECHA DE VENCIMIENTO

Si no se revoca previamente por escrito, esta autorización se cancelará tres meses después de la fecha en que termine mi cobertura.

## FIRMA

Una copia de esta autorización está disponible a mi solicitud y servirá como el original. Entiendo que, si esta información es para que sea recibida por personas u organizaciones que no sean proveedores de atención médica, cámaras de compensación de atención médica o planes de salud cubiertos por regulaciones de privacidad federales, mi información descrita anteriormente puede volver a ser divulgada por el receptor a menos que esté protegida por otra ley estatal o federal. Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento con previa notificación escrita a la persona/compañía especificada anteriormente, excepto en la medida en que la persona/compañía haya tomado acción sobre la divulgación antes de la revocación. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización; sin embargo, mi rechazo a firmar hará que HIPP no me proporcione los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto, padre/tutor legal asegurado o menor asegurado

Fecha:

/ / 

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del asegurado (si aplica)

Fecha:

/ / 

Si un representante legal del asegurado firma en nombre de la persona, se debe adjuntar una copia de la autoridad legal del representante a este formulario.

**TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.**

**NOTA:** Este formulario (Divulgación HIPAA) también está disponible como formulario individual (HEA 0170).

**El documento requiere de firma en el reverso, esta página se deja intencionalmente en blanco.**

**Lineamientos de elegibilidad financiera  
Para servicios del OHDAP/HIPP/Spenddown y Core Medical**

*El ingreso bruto debe ser igual o menor que el  
300 % del nivel de pobreza federal (FPL)*

**Vigente a partir del 1 de abril de 2015**

Tamaño de la familia	FPL anual (100 %)	300 % del nivel de pobreza federal (FPL)			
		Ingreso bruto anual	Ingreso bruto mensual	bisemanal	Ingreso bruto semanal
1	11,770	35,310.00	2,942.50	1,358.08	679.04
2	15,930	47,790.00	3,982.50	1,838.08	919.04
3	20,090	60,270.00	5,022.50	2,318.08	1,159.04
4	24,250	72,750.00	6,062.50	2,798.08	1,399.04
5	28,410	85,230.00	7,102.50	3,278.08	1,639.04
6	32,570	97,710.00	8,142.50	3,758.08	1,879.04
7	36,730	110,190.00	9,182.50	4,238.08	2,119.04
8	40,890	122,670.00	10,222.50	4,718.08	2,359.04

**Fuente:** Registro federal (Federal Register). Para familias con más de 8 personas, agregar \$4,160.00 por cada persona adicional.

**Método para determinar el ingreso del cliente para la elegibilidad del programa**

**1. Identificar duración del período de pago en documentos de verificación de ingresos (por ej., talones de pago).**

- a. Mensual.....1 pago por mes calendario
- b. Quincenal.....2 pagos por mes calendario
- c. Bisemanal.....1 pago cada 14 días/2 semanas calendario
- d. Semanal.....1 pago cada 7 días/1 semana calendario

**2. Calcular ingreso bruto anual.**

- a. Monto mensual ..... Multiplicar monto del cheque por 12
- b. Monto quincenal.....Agregar dos montos de cheque y dividir entre 2 para obtener un promedio, luego multiplicar el promedio por 24.
- c. Monto bisemanal.....Agregar dos montos de cheque y dividir entre 2 para obtener un promedio, luego multiplicar el promedio por 26.
- d. Monto semanal..... Agregar cuatro montos de cheque y dividir entre 4 para obtener un promedio, luego multiplicar por 52.

**3. Comparar el ingreso bruto anual calculado con los lineamientos de elegibilidad del programa mostrados en la tabla anterior para el tamaño familiar adecuado.**

# Lista de verificación de adjuntos

## DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

*Incluya al menos uno de los siguientes:*

- Licencia de conducir
- Factura de servicios públicos
- Identificación del estado de Ohio
- Carta de beneficio/adjudicación
- Alquiler/carta del propietario
- Sobre con dirección del remitente con matasellos
- Otro

## DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN FINANCIERA

*Todas las solicitudes deben incluir:*

- Verificación de la Declaración de ingresos firmada

*Además, incluya al menos uno de los siguientes:*

- Carta de beneficio/adjudicación
- Talones de pago (4 semanas consecutivas en un plazo de 45 días de la solicitud de los servicios)
- Otro

## DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DEL SEGURO

- Tarjeta del seguro (frente y reverso)
- Tarjeta de medicamentos (frente y reverso)
- Aviso de la Explicación de Beneficios (EOB)
- Aviso de la Explicación de Pagos (EOP)
- Divulgación HIPAA
- Otro

## DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN MÉDICA

*Tenga en cuenta que los documentos de verificación médica son necesarios para establecer que una persona es VIH+ y, por lo tanto, elegible para nuestros servicios. En este momento, no es necesario presentar documentos de verificación médica con cada solicitud, a menos que haya más dudas acerca de la salud del cliente.*

- Resultados de laboratorio, incluidos los siguientes:
  - Recuento de células CD4+
  - ARN VIH (carga viral)
  - Resultados positivos de la serología para VIH
  - Resultados de genotipo
  - Prueba de tropismo
  - Prueba de anticuerpos HLA Abacavir
  - Western Blot
  - Otro (por ej., una carta del alta hospitalaria que especifique la condición)

## DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN

- Divulgación del programa
- Otras divulgaciones