

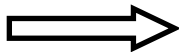
Instrucciones para la solicitud del programa Utah Ryan White, Parte B

(Abril de 2019)

Esta solicitud debe estar completamente llena, firmada y fechada. Deben incluirse copias de todos los siguientes documentos o su solicitud no podrá ser procesada. Marque las casillas a medida que complete la solicitud.

1. Programas y servicios de Utah Ryan White, Parte B:

* Criterios de inscripción: dependiendo de las circunstancias de la vida del cliente, podrá calificar para diferentes servicios del ADAP.



Todos los clientes deben cumplir con los criterios mínimos de elegibilidad:	CM	SS	ADAP-M	ADAP-I					
				Plan colectivo	Medicare	COBRA	Mercado de Seguros Médicos	DPI	
VIH+ Residentes de bajos ingresos de Utah									
Eligibilidad									
Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL)	500% FPL	250% FPL	250% FPL	250% FPL	250% FPL	250% FPL	250% FPL	250% FPL	250% FPL
Servicios*									
Manejo de casos no médicos	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Manejo de casos médicos	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Salud bucal		v	v	v	v	v	v	v	v
Asistencia financiera para emergencias		v	v	v	v	v	v	v	v
Vales de comida		v	v	v	v	v	v	v	v
Transporte		v	v	v	v	v	v	v	v
Medicamentos con receta			v	v	v	v	v	v	v
Atención médica ambulatoria (paciente externo)			v	No Applicable	No Applicable	No Applicable	No Applicable	No Applicable	No Applicable
Asistencia médica de costos compartidos				v	v	v	v	v	v
Primas de seguros					v	v	v	v	v

2. Documentación de prueba de residencia:

Todos los solicitantes deben proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes documentos en el que se muestre el nombre del solicitante y su dirección en Utah. Los documentos no deben estar vencidos por más de dos meses calendario a partir de la fecha de su presentación, a menos que se especifique de otra manera.

Documentación de prueba de residencia	Criterios adicionales
<input type="checkbox"/> Licencia de conducir de Utah	No debe tener un vencimiento mayor a dos meses calendario
<input type="checkbox"/> Identificación del estado de Utah	No debe tener un vencimiento mayor a dos meses calendario
<input type="checkbox"/> Identificación tribal	No debe tener un vencimiento mayor a dos meses calendario
<input type="checkbox"/> Recibo de pago o declaración de ganancias	Con fecha dentro de los dos meses calendario pasados
<input type="checkbox"/> Documentos emitidos por una institución financiera	Estado de cuenta bancario, tarjeta de crédito, etc. con fecha dentro de los dos meses calendario pasados
<input type="checkbox"/> Contrato de renta actual	Se deben incluir las páginas de firmas y la duración del contrato
<input type="checkbox"/> Factura de servicios públicos reciente	Con fecha dentro de los dos meses calendario pasados No se aceptan facturas de telefonía celular
<input type="checkbox"/> Declaración de hipoteca actual	Con fecha dentro de los dos meses calendario pasados
<input type="checkbox"/> Documento más reciente del impuesto inmobiliario	Con fecha dentro de los últimos 12 meses
<input type="checkbox"/> Copia de la carta de adjudicación de Seguro social	Carta de beneficios del año en curso
<input type="checkbox"/> Documento emitido por el estado de Utah	Documentos de asistencia pública, documentos fiscales, tarjetas de registro de votante, tarjetas de registro de título de vehículo, etc. con fecha dentro del año calendario actual o dentro de los dos meses calendario pasados, según el documento
<input type="checkbox"/> Documento emitido por el gobierno federal de los Estados Unidos	Documentos de asistencia pública, documentos fiscales, transcripciones fiscales, etc. con fecha dentro del año calendario actual o dentro de los dos meses calendario pasados, según el documento
<input type="checkbox"/> Identificación militar/asuntos veteranos	No debe tener un vencimiento mayor a dos meses calendario
<input type="checkbox"/> Carta aprobada de la Agencia de Gestión de Casos, refugio para personas sin hogar o proveedor de servicios de transición	Carta revisada y aprobada por el Departamento de Salud de Utah (Utah Department of Health, UDOH). La carta debe enviarse en papel con membrete, estar fechada dentro de los 60 días anteriores y tener una firma e información de contacto

3a. Prueba de ingresos: la elegibilidad para el Programa se determina a partir de los ingresos individuales y familiares. Los clientes deben cumplir con todos los criterios de elegibilidad según lo determinado por el Programa.

- “*Hogar*” abarca al cliente, su cónyuge legal y los dependientes financieros del cliente, incluidos los hijos.
- “*Ingreso del hogar*” abarca el ingreso devengado por el cliente y el cónyuge legal del cliente. Los solicitantes casados están obligados a proporcionar verificación de ingresos del cónyuge.
- El Programa acepta el **formulario de verificación de empleo** para personas que recientemente hayan obtenido o perdido su empleo. Proporcione el formulario al empleador para determinar el ingreso anual bruto. (*el formulario de verificación de empleo se puede utilizar para comprobar empleo y terminación de la relación laboral*).
- *Declaración jurada de cero ingresos:* si el hogar de un cliente no recibe ninguna de las fuentes de ingresos enumeradas, puede completar la declaración jurada de cero ingresos.

3b. Prueba de ingresos: La siguiente tabla proporciona ejemplos de documentación aceptable para los tipos de ingresos más comunes. Como mínimo, la documentación de la prueba de ingresos debe estar fechada, debe mostrar el nombre de la persona que percibe los ingresos e información suficiente como para determinar el ingreso bruto de la familia.

Tipo de ingreso	Documentación aceptada
Sueldos y salarios de empleo formal (salarios, propinas, comisiones, etc.)	<p><u>Uno de los siguientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El equivalente a los ingresos de un mes con fecha dentro de los dos meses posteriores a la presentación para TODOS los puestos de trabajo (las ganancias de un mes equivalen a 2 recibos de sueldo si el pago es quincenal o a 4 recibos de sueldo si el pago es semanal). <input type="checkbox"/> Declaraciones de impuestos o formularios W-2 más recientes pueden aceptarse si el cliente todavía está empleado en la misma compañía. <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de empleo u otra declaración del empleador que muestre el salario actual, las horas trabajadas, la frecuencia de pago y la disponibilidad de los beneficios deben estar firmados y fechados dentro de los dos meses calendario posteriores a la presentación.
Sueldos y salarios de empleo informal sin recibos de pago	<input type="checkbox"/> <i>Depende de la fuente. Trabaje con la Agencia de Gestión de Casos para determinar la documentación más apropiada. El formulario de verificación de empleo u otra declaración del empleador puede ser apropiado.</i>
Trabajo independiente	<input type="checkbox"/> <i>Formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) y el Anexo C o el Anexo E para el período de presentación de impuestos más reciente.</i>
Ingresos del Seguro Social	<input type="checkbox"/> <i>Carta de beneficios del año actual.</i>
Beneficios (seguro de vida, discapacidad, asistencia educativa, sobrevivientes, etc.)	<input type="checkbox"/> <i>Carta de beneficios del año actual.</i>
Ganancias de capital, acciones, bonos, efectivo, dividendos, fideicomiso, ingresos por inversiones	<input type="checkbox"/> <i>Documentación de impuestos para el período más reciente o documentación de la institución financiera.</i>
Asistencia pública o desempleo	<input type="checkbox"/> <i>Declaración de desempleo, carta de garantía o recibos de pago o Carta de Asistencia General del Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services, DWS) del período actual.</i>
Jubilación (pensiones, anualidades, 401k, etc.)	<input type="checkbox"/> <i>Declaración de beneficios actual.</i>
Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> <i>Carta de beneficios u otra documentación oficial actual.</i>
Ingresos por alquiler	<input type="checkbox"/> <i>Contrato de alquiler actual, documentación fiscal u otra documentación oficial.</i>
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> <i>Carta de beneficios del año actual.</i>
“Otros” ingresos	<input type="checkbox"/> <i>Depende de la fuente. Trabaje con la Agencia de Gestión de Casos para determinar la documentación más apropiada.</i>
Ingreso del cónyuge legal	<input type="checkbox"/> <i>Vea lo estipulado anteriormente para informarse sobre la documentación aceptable por tipo de ingreso.</i>

4. Evaluación de cobertura disponible: El Programa define la expresión "procura diligente" como el conjunto de los esfuerzos razonables para inscribir a un cliente en la cobertura de atención médica para la cual pueda ser elegible. El **formulario de verificación de disponibilidad para seguro de salud y empleo** se puede utilizar para comprobar el seguro de salud.

Los esfuerzos razonables deben incluir:

<input type="checkbox"/> Evaluación de la cobertura disponible para el cliente.	<input type="checkbox"/> Asistencia para inscribirse en la cobertura de salud.
<input type="checkbox"/> Educación sobre los beneficios del seguro de salud.	<input type="checkbox"/> Documentación del empleador/verificación del seguro de salud.

5. Período de elegibilidad:

Una vez concedida la aprobación, los clientes son elegibles desde la fecha de inicio de la elegibilidad hasta el último día del sexto mes siguiente. El período de elegibilidad es de seis meses continuos, con algunas excepciones: el cliente deja de ser residente en Utah, el cliente solicita la suspensión de su inscripción o el cliente ha fallecido. Los cambios que potencialmente afecten la elegibilidad se determinarán durante la próxima recertificación del cliente.

6. Ubicación de farmacias:

Las farmacias donde se dispensan medicamentos a clientes elegibles del Programa de Asistencia de Fármacos para Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) son independientes del Programa Utah Ryan White, Parte B. Cada red o sucursales de farmacias individuales se reservan el derecho de rehusarse a prestar servicios a cualquier persona, incluidos clientes elegibles del ADAP. Si una red o sucursal de farmacia ejerce su derecho a rehusarse a prestar servicios a un cliente elegible del ADAP, se le solicitará a ese cliente procurar sus servicios de farmacia en otro lugar.

7. Terminación:

Es importante que le avise a su *Agencia de Gestión de Casos* en relación con cualquier cambio en su vida, como un cambio en su seguro de salud, ingresos, dirección, estado civil, tamaño del hogar o vivienda/sitio de residencia. Si el Programa no está al tanto de tales cambios, usted podría perder servicios o se le podría exigir que pague al Programa los servicios para los que no califique.

A los clientes se les suspenderá la “terapia de medicamentos” del Programa Utah Ryan White, Parte B si pasan a ser elegibles para la cobertura de otro programa o fuente de pago.

A los solicitantes que de manera intencional tergiversen información sobre su cobertura de seguro de salud, ingresos o cualquier otra información utilizada para determinar su elegibilidad se les podrá suspender permanentemente su inscripción en el Programa, incluidos Core Medical, el ADAP-M, el ADAP-I y Servicios de Apoyo. Si se considera necesario, la Oficina del Procurador General podría iniciar acciones contra dichas personas para recuperar los costos asociados con la cobertura de dichos clientes.

8a. Derechos y responsabilidades del cliente y del Programa Utah Ryan White, Parte B:

Clientes que acceden a cualquier servicio del Programa Utah Ryan White, Parte B (el Programa):

Como cliente del Programa, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dignidad, consideración y compasión.
- Recibir servicios sin discriminación por motivos de raza, color, origen étnico, origen nacional, sexo, identidad de género, orientación sexual, religión, edad, clase y capacidad física o mental.
- Recibir información en los términos e idioma que usted pueda comprender y de una manera culturalmente apropiada.
- Llegar a un acuerdo con su gerente de caso para establecer una evaluación de ingresos e identificar la frecuencia de contacto que tendrá, ya sea en persona o por teléfono.
- Retirar su consentimiento voluntario para participar en los servicios de gestión de casos sin que tal decisión afecte su atención médica ni otros servicios en los que esté inscrito.
- Ser informado sobre los servicios y opciones disponibles para usted, incluidos los costos.
- Recibir garantías de confidencialidad para toda la información personal, comunicaciones y registros.
- No ser sometido a amenazas ni a maltrato físico, sexual, verbal o emocional.
- Presentar una queja sobre los servicios que recibe o por la negación de servicios, lo cual está estipulado en la política de quejas de la Agencia de Gestión de Casos.

Como cliente del Programa, usted tiene la responsabilidad de:

- Tratar a otros clientes, voluntarios y al personal con respeto y cortesía.
- Proteger la confidencialidad de otros clientes si accidentalmente llega a conocer sus datos.
- No estar bajo efectos de alcohol o drogas que alteren la mente mientras recibe los servicios del Programa o cuando hable por teléfono con un proveedor de servicios.
- Informar a su gerente de caso sobre cualquier inquietud que tenga sobre su plan de servicio de gestión de casos o cambios en sus necesidades.
- Programar y cumplir las citas de elegibilidad y de gestión de casos.
- Responder las comunicaciones del Programa (cartas, llamadas, etc.).
- Abstenerse de incurrir en amenazas o maltrato físico, sexual, verbal o emocional contra clientes, personal o voluntarios (incluye el personal de la farmacia).
- Entiendo que soy un residente actual de Utah y que todas las declaraciones con respecto a mi estado habitacional son ciertas.

Entiendo los derechos y responsabilidades anteriores del cliente y acepto cumplir con ellos. Entiendo que si incumplo con estas responsabilidades se podría suspender mi inscripción en el Programa. Entiendo que puedo solicitar y recibir una copia de esta Política en cualquier momento.

8b. Responsabilidades del cliente para los servicios del ADAP (ADAP-I y ADAP-M):

Estoy solicitando los servicios del Programa Utah Ryan White, Parte B. Al colocar mis iniciales al final de esta autorización, declaro que he leído esta solicitud y entiendo las condiciones de mi participación.

El Programa Utah Ryan White, Parte B (el Programa) está ayudando a pagar mis primas de seguro de salud, deducibles, coseguros, copagos o asistencia de medicamentos del ADAP. Entiendo que tengo las siguientes responsabilidades para poder continuar recibiendo esta ayuda:

- Entiendo que soy el titular de la póliza de mi plan de seguro, cuyo costo es asumido por el Programa, y que tengo la responsabilidad de compartir con mi gerente de caso o especialista de beneficios cualquier carta, factura y comunicaciones que me envíe la compañía de seguros.
- Entiendo que, si no realizo la recertificación cada seis meses, se me considerará no elegible para el Programa y que soy responsable de devolver cualquier monto que el Programa haya gastado en mi seguro durante el tiempo durante el cual no me haya recertificado, lo cual podría incluir primas mensuales, deducibles, coseguros o copagos.
- Entiendo que, si recibo un cheque de reembolso de la compañía de seguros, tengo la responsabilidad de devolver dicho dinero al Programa. Entiendo que, si no hago los preparativos de pago con el Programa, no seré elegible para continuar recibiendo los servicios del Programa.
- Entiendo que, si recibo un reembolso en mis declaraciones de impuestos debido al pago insuficiente de créditos fiscales de primas a través del Mercado de Seguros Médicos, tengo la responsabilidad de devolver dicho dinero al Programa. Entiendo que, si no hago los preparativos de pago con el Programa, no seré elegible para continuar recibiendo los servicios del Programa.
- Entiendo que, si le debo al Programa algún monto debido a pagos excedentarios de seguro, falta de recertificación cada seis meses, pago insuficiente de créditos fiscales de primas en el Mercado de Seguros Médicos u otros motivos, posiblemente deba ingresar en un plan de pago para continuar recibiendo ayuda del Programa.
- El Programa **no lo ayudará** a pagar multas por no estar inscrito en un seguro de salud. Tendrá que pagar cualquier penalización usted mismo. Según la Ley de Atención Accesible (Affordable Care Act, ACA), la multa fiscal federal por no tener seguro de salud en 2018 era de \$695 por persona o el 2.5 % de su ingreso familiar anual, lo que sea mayor. Algunas personas pudieran estar exentas de sanciones (no tienen que pagar). Por ejemplo, si no gana suficiente dinero para presentar una declaración de impuestos, podría estar exento de multas.
- Si no tiene seguro de salud y está inscrito en el ADAP-M, entonces solo podrá obtener los medicamentos que figuran en el formulario del ADAP-M y solo lo podrán examinar los médicos y proveedores contratados por el Programa.
- Entiendo que tengo la responsabilidad de realizar la recertificación ante el Programa cada seis meses; de lo contrario, correré el riesgo de que me sean suspendidos mis servicios.
- Entiendo que es mi responsabilidad mantenerme en comunicación con mi gerente de caso/especialista de beneficios e informarles de inmediato sobre cambios en mi salud, ingresos, seguro de salud, residencia, dirección, número de teléfono, estado civil, tamaño de mi grupo familiar o condición habitacional/vivienda y responder las comunicaciones de mi gerente de caso/especialista de beneficios (llamadas, cartas, etc.) lo mejor que pueda.
- Entiendo que soy un residente actual de Utah y que todas las declaraciones con respecto a mi estado habitacional son ciertas.

Iniciales del cliente: _____ Fecha: _____ Iniciales del gerente de caso/especialista de beneficios: _____ Fecha: _____

9. Cómo presentar su solicitud: Es importante que le avise a su *Agencia de Gestión de Casos* sobre cualquier cambio en su vida, como un cambio en su seguro de salud, ingresos, dirección, estado civil, tamaño de su grupo familiar o condiciones habitacionales/vivienda. Si el Programa no está al tanto de tales cambios, usted podría perder servicios o se le podría exigir que le pague al Programa los servicios para los que no califique. Lo mejor es trabajar con su Agencia de Gestión de Casos para recertificarse, pero si prefiere hacerlo por su cuenta, los formularios correspondientes están disponibles en línea en <http://health.utah.gov/epi/treatment/>. **Si decide recertificarse por su cuenta, envíe un formulario de recertificación lleno y todos los documentos obligatorios a su Agencia de Gestión de Casos.* *Es posible que se le exija documentación adicional.***

Clinic 1A University of Utah	Utah AIDS Foundation	Utah Department of Health
Correo: 30 North 1900 East RM: 4B319 Salt Lake City, UT 84132 ATTN: Amanda Sanchez	Correo: 1408 South 1100 East Salt Lake City, UT 84105	Correo: Box 142104 Salt Lake City, UT 84114
Teléfono: (801) 585-2670	Teléfono: (801) 487-2323	Teléfono: (801) 538-6197
Fax: (801) 581-6853	Fax: (801) 486-3978	Fax: (801) 536-0978

Formulario de solicitud del Programa Utah Ryan White, Parte B (abril de 2019)

Para uso exclusivo de la oficina: Agencia de CM: C1A UAF UDOH Asistido con la solicitud: _____
 Contacto para seguimiento: _____

Marque los servicios correspondientes:

DPI MP Empleador COBRA Copago de Medicare Medicare Premium & copago ADAP-M SS Solo CM

Motivo de la solicitud, *seleccione una o más:*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Establecer atención | <input type="checkbox"/> Perdió Medicaid | <input type="checkbox"/> Buscar servicios de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Nuevo en medicamentos | <input type="checkbox"/> Desempleado recientemente | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Nuevo diagnóstico | <input type="checkbox"/> Anteriormente con ingresos excedentarios | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nuevo en Utah | <input type="checkbox"/> Recientemente liberado de prisión | _____ |
- Solicitud para acelerar el procesamiento antes de: ____/____/____

1. Información del solicitante Fecha de nacimiento: ____/____/____ C1A MRN: _____ UAF No aplicable

Nombre legal (Apellido, primer nombre, segundo nombre) : _____

Sexo al nacer: Hombre Mujer

Nombre preferido: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ NA Rechazado

Sexo actual: Hombre Mujer Transgénero (de hombre a mujer) Transgénero (de mujer a hombre) Rechazado

Raza *seleccione una o más:* Blanco Afroamericano Asiático

Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico

Origen étnico, seleccione un grupo: Hispano Asiático Nativo de Hawaii o islas del Pacífico

<input type="checkbox"/> Mexicano, Chicano	<input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro
<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> De otro	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> país asiático	<input type="checkbox"/> Isleño de otras islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> De otro país hispano			

2. Información de contacto del solicitante

No me contacten por correo

Dirección física: Calle: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correspondencia (si es diferente de la dirección física): Calle o apartado postal _____

Apt. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono preferido: _____ Correo electrónico: _____

_____ El Programa tiene mi permiso para enviarme mensajes de texto o correos

electrónicos: Sí No

3. Estatus de VIH. Debe ser completado por el proveedor médico

Nombre del proveedor: _____ ¿Se prescribirá al paciente una ART? Sí No

Estatus de VIH: VIH+, no sida VIH+, estatus de sida desconocido Sida definido por CDC VIH indeterminado (bebés <2 años)

Fecha de diagnóstico de VIH+: ____/____/____ (mm/dd/aaaa) Fecha de diagnóstico de sida: ____/____/____ (mm/dd/aa)

Factores de riesgo iniciales para la infección por VIH, *seleccione uno o más:*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hombre que tiene relaciones
Sexuales con hombres | <input type="checkbox"/> Hemofilia transtorno de la
coagulación | <input type="checkbox"/> Recibió transfusion de sangre, de
componentes sanguíneos o de tejido |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas inyectables | <input type="checkbox"/> Transmisión perinatal | |
| <input type="checkbox"/> Contacto heterosexual | <input type="checkbox"/> No informado o no identificado | |

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

4. Prueba de residencia en Utah

Presente al menos uno de los siguientes documentos que muestre su nombre y su dirección postal de Utah.

- | | |
|--|--|
| • Licencia de conducir de Utah | • Estado actual de hipoteca |
| • Identificación del estado de Utah | • Documento más reciente de impuesto inmobiliario |
| • Identificación tribal | • Copia de la carta de adjudicación del Seguro Social |
| • Recibos de pago o declaración de ganancias | • Documento emitido por el gobierno federal de los Estados Unidos. |
| • Documentos emitidos por una institución financiera | • Documento emitido por el estado de Utah. |
| • Contrato de alquiler o arrendamiento actual | • Identificación militar/asuntos de veteranos |
| • Factura de servicios públicos reciente | • Formulario de verificación de residencia |

5. Situación de habitación Vivienda permanente estable Vivienda temporal Vivienda inestable

6. Cambio del tamaño de la familia o estado civil Estoy separado y no recibo ayuda financiera de mi cónyuge
 Casado: Si No Cuantos miembros en el hogar? _____

Mencione otras personas del hogar. Incluya todos los demás adultos y niños.

Nombre (nombre y apellido)	Relación	Edad

7. Prueba de ingresos

DECLARACIÓN JURADA DE CERO INGRESOS

Por medio del presente documento doy fe de que mi hogar no está recibiendo, ni espera recibir, alguno de los tipos de ingresos que se mencionan a continuación. ¿Cómo paga usted sus obligaciones financieras?

INSTRUCCIONES

Se debe indicar el monto mensual para cada tipo de ingreso, incluso si el monto es de \$0. Dejar cantidades mensuales en blanco es inaceptable. El tipo o tipos de ingresos y los montos mensuales que se indican a continuación deben coincidir con lo que se informa en otra parte de este formulario de autocertificación para que sirva como verificación de ingresos. **Consulte las "Instrucciones para la autocertificación en el Programa Utah Ryan White, Parte B" para conocer la documentación aceptable para verificar los ingresos.**

Tipo de ingresos	Solicitante: Marque "si" o "no" para cada fuente de ingresos	Ingreso mensual bruto	Cónyuge: marque "si" o "no" para cada fuente <input type="checkbox"/> No casado <input type="checkbox"/> Estoy separado; no recibo apoyo financiero de mi cónyuge	Ingreso mensual bruto
Sueldos y salarios de empleo formal (salarios, propinas, comisiones, etc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Sueldos y salarios de empleo informal sin recibos de sueldo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Trabajo independiente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Ingresos del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Beneficios (seguro de vida, discapacidad, asistencia educativa, sobrevivientes, etc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Ganancias de capital, acciones, bonos, efectivo, dividendos, fideicomiso, ingresos por inversiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Asistencia pública/desempleo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Jubilación (pensiones, anualidades, 401k, etc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Ingresos por alquiler	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
"Otros" ingresos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____
¿Trabaja 30 horas o más por semana?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

8. Seguro de salud

Seleccione todos los tipos de seguro de salud que tiene:

- Privado-Individual (DPI/COBRA/MP)
- Empleador privado u otro plan colectivo
- Medicare Parte A/B
- Medicare Parte D u otra cobertura de farmacia de Medicare
- Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) u otro plan público
- Administración de salud para veteranos (VA), Tricare u otro sistema militar de cuidados de salud
- Servicios de Salud para Indígenas (Indian Health Services, IHS)
- Otro plan: _____

Sin seguro de salud/sin seguro:

- Rechazo el seguro médico disponible para mí.
- La inscripción abierta está actualmente cerrada y no he tenido, ni preveo tener, un evento de vida que califique. Me inscribiré durante la próxima inscripción abierta.
- Actualmente está abierta la inscripción y necesito medicamentos mientras busco un seguro de salud (*surtido de medicamentos para 30 días*).
- Estoy estableciendo/restableciendo la atención recientemente y trabajaré con mi gerente de caso para inscribirme (*surtido de medicamentos para 30 días*).
- Mi gerente de caso ha determinado que no soy un buen candidato para un seguro de salud.
Su gerente de caso debe presentar una justificación por escrito.
- Soy elegible para el seguro a través de mi empleador, Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), cónyuge, socio, padre, Medicare, Mercado de Seguros Médicos o Ryan White, Parte B.
Cobertura efectiva: ____/____/____
- Otro *Su gerente de caso debe presentar justificación por escrito.*

9. Medicaid

¿Está inscrito en Medicaid?

- Sí, estoy inscrito
 - Tengo el Programa de Mujeres Embarazadas; fecha de vencimiento esperada ____/____/____
- Solicité, pero se me negó. Motivo de la negación: _____
- Todavía estoy esperando una decisión sobre mi elegibilidad para Medicaid:
 - Solicitud pendiente de presentación
 - Fecha de presentación de la solicitud: ____/____/____
- No, no lo he solicitado porque (*seleccione todo lo que corresponda*):
 - Soy un adulto no discapacitado
 - Soy indocumentado; por lo tanto, no soy elegible
 - Mis ingresos o activos superan los requisitos de elegibilidad de Medicaid
 - Soy elegible para el seguro de salud a través de mi empleador (incluida la COBRA); por lo tanto, no soy elegible
 - Soy elegible para el seguro de salud a través de mi cónyuge/pareja/padre/otro; por lo tanto, no soy elegible
 - Otros motivos por los que no solicité Medicaid. *Su gerente de caso debe presentar justificación por escrito*

10. Seguro de salud para empleadores, cónyuges, padre/madre, Medicare o Marketplace

¿Tiene seguro médico a través de un empleador, la COBRA, cónyuge, pareja, padre/madre, Medicare o Mercado de Seguros Médicos?

- No — Complete la sección 10b en la página 4
- Sí — Complete la sección 10a y la sección 10b en la página 4 para la cobertura que no tiene
- No corresponde, solo para servicios de apoyo o gestión de casos: pase a la sección 11 en la página 5

10a. Cobertura de seguro de salud a través de un empleador, cónyuge, padre/madre, Medicare o el Mercado de Seguros Médicos

Estoy inscrito en la cobertura de seguro de salud a través de: Empleador COBRA Cónyuge Pareja Padre
(*seleccione todas las opciones que correspondan*) Mercado de seguros Medicare Otro: _____

Si aún no está inscrito, pero será elegible para inscribirse en el futuro, también deberá enviar los detalles del plan y la documentación de la inscripción y la fecha de entrada en vigencia.

Nombre del plan: _____

Nombre de la compañía de seguros de salud: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de vigencia: ____/____/____ Año-plan: _____ hasta _____

¿Proveedor de VIH dentro de la red? Sí No Mes de inicio _____ Mes de finalización _____

¿Tiene acceso a medicamentos contra el VIH? Sí No

Individual Máximo de gastos de bolsillo (Maximum Out of Pocket, MOOP) familiar _____

Cantidad de MOOP alcanzada hasta la fecha: _____

10b. Sin cobertura de Seguro de salud a través de un empleador, cónyuge o padre/madreSin seguro de salud de un empleador

- Estoy desempleado
- Mi empleador lo ofrece, pero no soy elegible:
 - Soy indocumentado
 - Es un trabajo nuevo y soy elegible: * *Se requiere documentación*
 Fecha de inscripción ____/____/____
 Fecha de vigencia ____/____/____
 - Dejé pasar el período de inscripción abierta * *Se requiere documentación*
 Fecha de inscripción ____/____/____
 Fecha de vigencia ____/____/____
 - Trabajo a tiempo parcial
 - Trabajo a tiempo completo, pero no soy elegible * *Se requiere documentación*
 - Otros * *Se requiere documentación*

- Mi empleador no se lo ofrece a ninguna persona
- Trabajo por mi cuenta y no se lo ofrezco a nadie
- Mi empleador lo ofrece, pero:
 - La cobertura es insuficiente * *Se requiere documentación*
 - La cobertura es inasequible * *Se requiere documentación*
 - Rechazo el seguro de salud disponible para mí y elijo no tener seguro
 - Mi gerente de caso ha determinado que no soy un buen candidato para un seguro de salud * *Se requiere documentación*
 - Otros * *Se requiere documentación*

Sin seguro de salud a través del cónyuge

- No estoy casado
- El empleador de mi cónyuge lo ofrece, pero no soy elegible:
 - Soy indocumentado
 - Mi cónyuge es indocumentado
 - Es un trabajo nuevo y soy elegible: * *Se requiere documentación*
 Fecha de inscripción ____/____/____
 Fecha de vigencia ____/____/____
 - Dejé pasar el período de inscripción abierta * *Se requiere documentación*
 Fecha de inscripción ____/____/____
 Fecha de vigencia ____/____/____
 - El cónyuge trabaja a tiempo parcial
 - El cónyuge trabaja a tiempo completo, pero no es elegible * *Se requiere documentación*
 - Otros * *Se requiere documentación*
- Mi cónyuge trabaja por su cuenta y no lo ofrece a nadie
- Mi cónyuge ha fallecido y no me he casado nuevamente

- Mi cónyuge está desempleado
- El empleador de mi cónyuge no se lo ofrece a nadie
- El empleador de mi cónyuge lo ofrece, pero:
 - La cobertura es insuficiente * *Se requiere documentación*
 - La cobertura es inasequible * *Se requiere documentación*
 - Rechazo el seguro de salud disponible para mí y elijo no tener seguro
 - Mi gerente de caso ha determinado que no soy un buen candidato para un seguro de salud * *Se requiere documentación*
 - Otros * *Se requiere documentación*
- Mi cónyuge se niega a ofrecérmelo
- No estoy en contacto con mi cónyuge
- Estoy separado; no recibo apoyo de seguro de salud de mi cónyuge

Sin seguro de salud a través de los padres

- Tengo 26 años o más
- Mi padre/madre está desempleado
- No estoy en contacto con ninguno de mis padres
- El empleador de mi padre/madre lo ofrece, pero no soy elegible:
 - Soy indocumentado
 - Mi padre/madre es indocumentado
 - Es un trabajo nuevo y soy elegible: * *Se requiere documentación*
 Fecha de inscripción ____/____/____
 Fecha de vigencia ____/____/____
 - Dejé pasar el período de inscripción abierta * *Se requiere documentación*
 Fecha de inscripción ____/____/____
 Fecha de vigencia ____/____/____
 - Padres trabajan a tiempo parcial
 - Padres trabajan a tiempo completo, pero no son elegibles * *Se requiere documentación*
 - Otros * *Se requiere documentación*
- Mi(s) padre/madre(s) trabaja(n) por su cuenta y no lo ofrecen a nadie

- El empleador de mi padre/madre no se lo ofrece a nadie
- Mi padre/madre ha fallecido
- Mi padre/madre se niega a ofrecérmelo
- El empleador de mi padre/madre lo ofrece, pero:
 - La cobertura es insuficiente * *Se requiere documentación*
 - La cobertura es inasequible * *Se requiere documentación*
 - Rechazo el seguro de salud disponible para mí y elijo no tener seguro
 - Mi gerente de caso ha determinado que no soy un buen candidato para un seguro de salud * *Se requiere documentación*
 - Rechazo estar en el plan de mis padres * *Se requiere documentación si busca servicios de seguros*
 - Otros * *Se requiere documentación*

11. Autorización para la revelación de información

No aplicable

Por medio del presente documento autorizo al Programa Utah Ryan White, Parte B para que revele información a las siguientes personas:

Nombre (en letra de molde): _____ Relación: _____

Nombre (en letra de molde): _____ Relación: _____

Nombre (en letra de molde): _____ Relación: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a la información recopilada a través de las actividades del Programa Utah Ryan White, Parte B. Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones federales y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga de otra manera en las regulaciones. Este documento sirve como mi consentimiento para revelar información a las personas indicadas anteriormente. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, salvo aquellas actuaciones que se hayan realizado bajo su vigencia.

12. Certificación de precisión y completitud de la solicitud

Certifico que toda la información contenida y presentada con esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que debo proporcionar toda la información necesaria para determinar la autorización para mi inscripción y verificar mis circunstancias verdaderas. Soy consciente de que, si proporcionara información falsa, posiblemente me descalifiquen para optar a los servicios del Programa Utah Ryan White, Parte B. El Programa Utah Ryan White, Parte B no puede pagar los servicios que hayan sido pagados o que razonablemente puedan ser pagados por cualquier entidad estatal, federal o privada que proporcione beneficios de salud. Entiendo que toda la información puede ser verificada por el Programa Utah Ryan White, Parte B. Entiendo que si no coopero o no proporciono información correcta, se podrían producir demoras o la negación/finalización de los servicios. La cooperación incluye la finalización y ejecución de todos los formularios y descargos de responsabilidad obligatorios.

El Título 18 del Código de Estados Unidos (United States Code, USC), sección 1001 estipula, entre otras cosas, que quien consciente e intencionalmente redacte, o use un documento o escrito que contenga declaraciones con asientos falsos, ficticios o fraudulentos, cualquiera sea su forma, dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos, deberá ser multado con un monto no mayor de \$10.000 ni encarcelado por no más de cinco años, o ambas sanciones.

Entiendo que es mi responsabilidad mantenerme en comunicación con mi gerente de caso/especialista de beneficios e informarle de inmediato sobre cambios en mi salud, ingresos, seguro de salud, residencia, dirección, teléfono, estado civil, tamaño del hogar o vivienda/condiciones habitacionales y responder a las comunicaciones de mi gerente de caso/especialista de beneficios (llamadas, cartas, etc.) lo mejor que pueda.

13. Consentimiento para revelación de información

Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones estatales y federales y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que la información podría revelarse para propósitos de facturación, auditorías de gráficos, supervisión de programas/gestión de calidad, informes de datos, seguros de salud, evaluación de necesidades y prestación de servicios. El presente sirve como mi consentimiento para la revelación de información. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, salvo aquellas actuaciones que se hayan realizado bajo su vigencia.

14. Derechos y responsabilidades del cliente

Estoy solicitando los servicios del Programa Utah Ryan White, Parte B. Al firmar al final de esta autorización, declaro que he leído los Derechos y Responsabilidades en las Instrucciones para la solicitud del Programa Utah Ryan White, Parte B y entiendo las condiciones de mi participación. Doy fe de que poseo una copia de los Derechos y Responsabilidades.

Certifico que he revisado y entiendo el Consentimiento de revelación de información, la Certificación de exactitud y completitud de la solicitud y los Derechos y responsabilidades del cliente. Entiendo que, si tengo preguntas o inquietudes, es mi responsabilidad comunicarme con mi Agencia de Gestión de Casos.

Nombre del solicitante: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Lista de verificación de la solicitud. Debe tener toda la información y adjuntos para que la solicitud esté completa

- Estatus de VIH: *completado por un proveedor médico*
- Prueba de residencia en Utah
 - Documentación aceptable para verificación de residencia adjunta a la solicitud
 - Formulario de verificación de residencia (*si corresponde*)
- Prueba de ingresos de todas las fuentes para el cliente y cónyuge legal
 - Documentación aceptable para verificación de ingresos adjunta a la solicitud (*si corresponde*)
 - Verificación del formulario de empleo (*si corresponde*)
- Comprobante de disponibilidad de seguro a través de empleador, cónyuge, padre/madre, Medicare o Mercado de Seguros Médicos
 - Verificación del formulario de disponibilidad de seguro de salud y empleo (*si corresponde*)
- Derechos y responsabilidades del cliente
 - El cliente proporcionó una copia de los Derechos y Responsabilidades