

## Manejo de casos médicos del programa Ryan White de Idaho

**RECERTIFICACIÓN ANUAL**

(SELECCIONE)

 MCM del RWPB  IDAGAP**INFORMACIÓN PERSONAL Y DE CONTACTO**

<b>Apellido legal:</b>	<b>Nombre legal:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>
<b>¿HA CAMBIADO SU DIRECCIÓN O NÚMERO DE TELÉFONO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Dirección nueva: _____ <small>(Calle y número de unidad) (Ciudad y código postal)</small>		
Número de teléfono nuevo: (____) _____ - _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel.		
<b>¿SU CONTACTO DE EMERGENCIA O TUTOR LEGAL HAN CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Contacto nuevo: _____ Teléfono (____) _____ - _____ <b>Consciente del estado de VIH+:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Preferencia de contacto del cliente:</b> <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> mensaje de teléfono <input type="checkbox"/> visita a la oficina <input type="checkbox"/> visita a la casa <input type="checkbox"/> correo <input type="checkbox"/> email _____		
Puede hablar con: 1) _____ 2) _____		
¿Hay alguna preocupación relacionada con los contactos anteriores? Si es así, explique.		
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
<b>Estado actual de vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Vivienda estable o permanente <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Temporal		

**ESTADO DE VIH**

<b>Desde su última recertificación, ¿le han diagnosticado SIDA?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Fecha de diagnóstico: ____/____/____	
<b>Estado de salud:</b> Conteo de CD4 actual: _____ <input type="checkbox"/> Autoinforme <input type="checkbox"/> Expedientes médicos <input type="checkbox"/> Estimado Fecha de la prueba: ____/____/____ Carga viral actual: _____ <input type="checkbox"/> Autoinforme <input type="checkbox"/> Expedientes médicos <input type="checkbox"/> Estimado Fecha de la prueba: ____/____/____	<b>¿Al cliente se le recetan ARV en la actualidad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

<b>Tipo de seguro principal (puede marcar más de uno):</b> <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Privado: individual <input type="checkbox"/> Privado: empleador <input type="checkbox"/> Parte A o B de Medicare <input type="checkbox"/> Parte D de Medicare <input type="checkbox"/> Medicare (parte no especificada) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> VA u otro seguro militar <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ Número de Identificación del Medicare _____
--

**Preguntas adicionales sobre el seguro:** El seguro lo tiene a través del Health Insurance Exchange (ACA)  Sí  No  
 Si tiene seguro, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros y el plan? \_\_\_\_\_  
 ¿Su seguro de cobertura de salud cubre los medicamentos?  Sí  No  
 Si selecciona **Sí**, ¿hay un límite de gastos totales para los medicamentos?  Sí  No  
 Si la cobertura de seguro de salud es por medio del empleo anterior, indique la fecha en que la cobertura de COBRA comenzó:  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 ¿Ha solicitado Medicaid?  Sí  No Si selecciona **Sí**, indique la fecha de solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Proveedor de cuidados del VIH:**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

**Proveedor de atención primaria:**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

**Farmacia principal:**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE INGRESOS**

Los ingresos se definen como cualquier dinero recibido de forma periódica o predecible, del cual se depende para satisfacer las necesidades personales.			
Tipo de ingreso	Seleccione	Monto mensual	Documentación requerida
Trabajo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Talones de pago consecutivos vigentes correspondientes a 2 meses
Trabajo independiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Declaración de impuestos federales del año pasado, incluyendo el formulario C (si se declaró) Y estados de cuenta de los últimos 6 meses que reflejen los depósitos recibidos (todas las cuentas)
Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Talones y carta de adjudicación
Ingreso del seguro social (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Carta de adjudicación del año actual
Ingreso por discapacidad del seguro social (SSDI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Carta de adjudicación del año actual
Pensión o jubilación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Declaración anual de beneficios
Discapacidad de corto o largo plazo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Carta de adjudicación de beneficios
Beneficios de veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Carta de adjudicación de beneficios
Pensión alimenticia o sostenimiento para niños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Carta de adjudicación de beneficios u otros documentos oficiales.
TAFI (Ayuda temporal para familias en Idaho)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Declaración de pago más reciente o carta de adjudicación de beneficios
Acciones, bonos, dividendos en efectivo, fideicomiso, ingresos de inversiones y regalías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Documentos de la institución financiera que demuestran los ingresos recibidos, valores, términos y condiciones
Ingresos del cónyuge legal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Vea arriba para conocer los documentos requeridos según el tipo de ingresos
Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	Depende de la fuente. Discutir con el manejador de casos

**RESUMEN FINANCIERO**

Ingreso bruto anual del hogar: _____
Ingreso bruto anual individual: _____
Tamaño de la familia: _____

**DECLARACIÓN DE NO TENER INGRESOS**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del solicitante), POR LA PRESENTE DECLARO QUE ACTUALMENTE NO RECIBO NINGÚN INGRESO DE NINGUNA DE LAS FUENTES MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*La falsificación o la omisión deliberada de información con respecto a sus ingresos (o ingresos familiares) puede resultar en la terminación inmediata del programa, cargos criminales o una demanda civil para reembolsar el monto de la ayuda recibida. Esto también puede poner en peligro la financiación continua de la Parte B/ADAP del programa Ryan White. Al firmar arriba, el solicitante certifica que la información anterior es correcta y verdadera según su conocimiento.*

<b>Indique que ha recopilado y compartido la información al colocar las iniciales del cliente en el recuadro apropiado</b>	
<b>Iniciales del cliente</b>	<b>FORMULARIOS</b>
	Derechos y responsabilidades del cliente
	Procedimientos de quejas y denuncias
	Reconocimiento de la notificación de prácticas de privacidad (agencia específica)
<b>SOLO para clientes del IDAGAP: el solicitante cumple con los requisitos del programa</b>	
	El solicitante NO califica para recibir Medicaid.
	El solicitante tiene la cobertura de la Parte A, de la Parte A y B o de la Parte D de Medicare.
<b>RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b> Como socio en este proceso, reconozco lo siguiente:	
	La información en esta solicitud es verdadera según mi conocimiento.
	El propósito de mi participación en el manejo de casos médicos es asegurar mi participación en la atención médica del VIH
	Notificaré a mi manejador de caso médico sobre cualquier cambio en mi seguro de salud, finanzas, ingresos o condiciones de vida.
	Autorizo a la agencia a compartir información y coordinar los cuidados con los programas de la Parte B y C del programa Ryan White.
	Yo comprendo que la asistencia de finanzas para la compra de medicamentos y servicios es sujeto a los límites de los fondos federales y estatales disponible para este programa.
	Este programa implica la recepción de fondos federales o estatales. Cualquier persona que suministre información falsa está sujeta a un enjuiciamiento penal estatal o federal, lo que puede acarrear multas, la cárcel o ambos. Además, habrá una suspensión automática de seis meses de los programas RWPB y ADAP.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del manejador de casos

\_\_\_\_\_  
Fecha