

Fecha de admisión:

ID del ADAP:

Manejo de casos médicos del programa Ryan White de Idaho DETERMINACIÓN DE ADMISIÓN Y ELEGIBILIDAD

(SELECCIONE)

NUEVA Admisión del RWPB NUEVA Admisión del IDAGAP Reinscripción

INFORMACIÓN PERSONAL Y DE CONTACTO

Apellido legal:		Nombre legal:		Inicial del segundo nombre:	
Nombre preferido:					
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Número de seguro social: _____			
Género asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Se niega a indicarlo			
Identidad de género actual: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Transgénero de hombre a mujer		<input type="checkbox"/> Transgénero de mujer a hombre	
<input type="checkbox"/> Se niega a indicarlo					
Dirección:		Ciudad:			
Condado:		Estado: IDAHO		Código postal:	
Dirección postal si es diferente a la de arriba		Ciudad:			
Condado:		Estado: IDAHO			
Teléfono: C (____) ____ - ____		T (____) ____ - ____		Cel. o bíper (____) ____ - ____	
Preferencia de contacto del cliente:		<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 _____			
Para mensajes de teléfono					
Puede hablar con Nombre _____					
Consciente de estado de VIH+:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Contacto de emergencia o tutor legal:					
Nombre _____		Teléfono (____) ____ - ____			
Consciente de estado de VIH+:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Hay alguna preocupación relacionada con los contactos anteriores? Si es así, explique.					
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo					
Idioma preferido: _____ ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Estado actual de vivienda:					
<input type="checkbox"/> Vivienda estable o permanente		<input type="checkbox"/> Institución		<input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Temporal	

Raza (puede marcar más de una): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico	Subgrupo Hispano: (SOLO seleccione si marcó el grupo étnico hispano) <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicanoamericano o Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español
	Subgrupo Asiático: (SOLO seleccione si marcó asiático) <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático
Grupo étnico <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano	Subgrupos de nativos de Hawái u otros isleños del Pacífico: (SOLO seleccione si marco nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico

ESTADO DE VIH

¿Prueba de diagnóstico de VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de diagnóstico original de VIH <input type="checkbox"/> Autoinforme Estado donde se diagnosticó _____	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos ____/____/____ <input type="checkbox"/> Estimado Conteo CD4 original _____
---	--

¿Diagnóstico de SIDA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de diagnóstico original de VIH <input type="checkbox"/> Autoinforme Año en que tuvo acceso a atención _____	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos ____/____/____ <input type="checkbox"/> Estimado Conteo original de CD4 en diagnóstico de SIDA _____
--	--

Estado de VIH: <input type="checkbox"/> VIH Positivo (no es SIDA) <input type="checkbox"/> VIH Negativo (afectado) <input type="checkbox"/> VIH Positivo (estado de SIDA desconocido) <input type="checkbox"/> VIH Indeterminado (0-2 años) <input type="checkbox"/> SIDA definido por CDC <input type="checkbox"/> Desconocido	¿Al cliente se le recetan ARV en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Factor de riesgo (marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Hemofilia o trastorno de coagulación <input type="checkbox"/> Contacto heterosexual <input type="checkbox"/> Recepción de transfusión de sangre, componentes sanguíneos o tejido <input type="checkbox"/> Madre con riesgo de VIH <input type="checkbox"/> Sin informar o sin identificar
--

Proveedor de cuidados del VIH: Nombre: _____ Teléfono (____) ____ - _____ Nombre de la clínica: _____
--

Proveedor de atención primaria: Nombre: _____ Teléfono (____) ____ - _____ Nombre de la clínica: _____

Farmacia principal: Nombre: _____ Teléfono (____) ____ - _____
--

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Tipo de seguro principal (puede marcar más de uno): <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) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si selecciona Sí, ¿hay un límite de gastos totales para los medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique la cantidad \$ _____ ¿Ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si selecciona Sí, indique la fecha de solicitud: ____/____/____
--

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.

RECONOCIMIENTOS

Indique que ha recopilado y compartido la información al colocar las iniciales del cliente en el recuadro apropiado	
Iniciales del cliente	FORMULARIOS
	Derechos y responsabilidades del cliente.
	Procedimientos de quejas y denuncias.
	Reconocimiento de la notificación de prácticas de privacidad (agencia específica).
SOLO para clientes del IDAGAP: el solicitante cumple con los requisitos del programa	
	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.
RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE	
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

MCM seleccione

El cliente califica para: **RWPB**: Manejo de casos médicos **RWPC**: Manejo de casos médicos ADAP IDAGAP