

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.

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
	Lo que necesita saber acerca de las leyes de Idaho sobre el VIH
	Reconocimiento de la notificación de prácticas de privacidad (agencia específica)
SOLO para clientes del IDAGAP: el solicitante cumple con los requisitos del programa	
	El ingreso del solicitante está entre el 151 % y el 200 % del FPL (nivel federal de pobreza).
	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.
	El solicitante NO califica para recibir subsidios por ingresos bajos.
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.
	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