

Idaho Ryan White Parte B MCM y ADAP Formulario de elegibilidad de auto-certificación de seis meses

Para poder mantener la elegibilidad del manejo de casos del Idaho Ryan White Parte B y los servicios del programa de asistencia del SIDA (ADAP), los clientes deben re-certificar cada seis meses.

Nombre:		Fecha de nacimiento ____/____/____
----------------	--	--

Si su nombre ha cambiado desde su última recertificación, por favor proporcione documentación de apoyo (por ejemplo, certificado de matrimonio, decreto de divorcio, licencia de conducir, pasaporte o identificación.)

Dirección: <input type="checkbox"/> Sin cambios	Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
---	---------------	----------------	----------------	-----------------------

Si se ha mudado desde su última recertificación, por favor de incluir documentación de su nueva dirección, incluyendo una copia de un recibo de servicios, contrato de renta u otro documento de su nueva dirección.

Estado del seguro: <input type="checkbox"/> Sin cambios	<input type="checkbox"/> Nuevo cambio desde (fecha) _____ <input type="checkbox"/> Ningún tipo de seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare Parte A/AB <input type="checkbox"/> Medicare Parte D	<input type="checkbox"/> Plan de salud ACA <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> VA/CHAMPUS <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____
---	---	---

Si su estado del seguro ha cambiado desde su recertificación anual y/o admisión y usted ahora tiene cobertura de seguro de cualquier tipo, por favor incluya copias de la nueva tarjeta seguro de ambos lados.

Ingresos: <input type="checkbox"/> Sin cambios	<input type="checkbox"/> Nuevo cambio desde (fecha) _____ <input type="checkbox"/> Yo/nosotros no tenemos ingresos <input type="checkbox"/> Ingresos del trabajo <input type="checkbox"/> Ingresos de trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Seguro de Ingreso Suplemental (SSI) <input type="checkbox"/> Ingreso por discapacidad del Seguro Social (SSDI)	<input type="checkbox"/> Discapacidad de corto/largo plazo <input type="checkbox"/> Ingresos por pensión/jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos <input type="checkbox"/> Pensión/Sostenimiento para los niños <input type="checkbox"/> Acciones, bonos, dividendos en efectivo, fideicomiso, rentas de inversión, regalías <input type="checkbox"/> Ingresos del cónyuge <input type="checkbox"/> Otros ingresos (Poner fuente) _____
--	--	--

Si sus ingresos han cambiado desde su recertificación anual o admisión, incluya la documentación correspondiente (por ejemplo recibos de sueldo de dos meses, carta de otorgación del Seguro Social, declaración de impuestos, W-2 o declaración de ningún ingreso).

Tamaño del hogar: <input type="checkbox"/> Sin cambios	<input type="checkbox"/> Nuevo cambio desde (fecha) _____ Tamaño de la familia actual _____
--	--

Debe incluirse información sobre los familiares que viven con usted. La información de ingresos y tamaño del hogar se utiliza para calcular su nivel federal de pobreza (FPL) y para determinar su elegibilidad.

Firma del cliente: _____ **Fecha** _____

Testifico que mi firma en este formulario indica que la información proporcionada es exacta y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de personal *: _____ **Fecha** _____

**En persona, la auto-certificación debe ser firmada por el cliente. Las certificaciones por teléfono deben incluir la firma del manejador de casos que completa el formulario.*

Para completarse por la agencia MCM	Nombre del manejador de casos:	ID ADAP del cliente:	Mes de recertificación:
--	---------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------