



Programa Ryan White secciones A, C, y D

Hoja de inscripción

Muchas gracias por su reciente inscripción e interés en recibir los servicios de las secciones A o C del programa Ryan White. Las secciones A y C del programa Ryan White VIH o SIDA son planes del gobierno federal que se encargan de cubrir las necesidades de salud de las personas que padecen VIH o SIDA financiando servicios de atención médica primaria y de apoyo que mejoran el acceso a los cuidados y la permanencia en ellos.

Sección A

El proceso de elegibilidad para la sección A del programa comienza el día de hoy, _____. La fecha de inicio de elegibilidad es _____ y la fecha de finalización de elegibilidad es _____. Usted es responsable de programar una cita antes del _____ para que se determine de nuevo su elegibilidad.

En caso de tener preguntas acerca de la aprobación de su elegibilidad, favor de comunicarse con:

_____ al _____

Nombre de la entidad y número de teléfono

Sección C

El proceso de elegibilidad para la sección C del programa comienza el día de hoy, _____. La fecha de inicio de elegibilidad es _____ y la fecha de finalización de elegibilidad es _____. Usted es responsable de programar una cita antes del _____ para que se determine de nuevo su elegibilidad.

En caso de tener preguntas acerca de la aprobación de su elegibilidad, favor de comunicarse con:

_____ al _____

Nombre de la entidad y número de teléfono

Su elegibilidad está pendiente de determinación; proporcione los siguientes documentos:

No. 1) COMPROBANTE DE DIAGNÓSTICO DE VIH	Todos los clientes deben proporcionar documentos médicos o legales que comprueben la infección de VIH en la inscripción inicial.
No. 2) COMPROBANTE DE DOMICILIO	(Se requieren dos comprobantes con fecha reciente.)
No. 3) IDENTIFICACIÓN	(se requiere un documento)
No. 4) COMPROBANTE DE HOGAR	El hogar queda conformado por el cliente, su cónyuge, pareja doméstica reconocida por ley y dependientes económicos.
No. 5) COMPROBANTE DE NIVEL DE INGRESOS	Comprobante de ingresos brutos que no excedan el 400% del nivel federal de pobreza.
No. 6) COMPROBACIÓN DE BIENES Y GASTOS PERMISIBLES	(tres meses de estados de cuenta bancaria con fecha de los últimos 90 a 120 días) (matrícula vehicular)
No. 7) PRUEBAS DE LABORATORIO RECIENTES QUE MUESTREN CÉLULAS CD4 Y CARGA VIRAL	Con fecha de los últimos 6 meses (no es necesario para determinar elegibilidad).
No. 8) SOLICITUD A NEVADA MEDICAID O INSCRIPCIÓN EN NEVADA HEALTHLINK	
No. 9) COMPROBANTE DE QUE NO CUENTA CON COBERTURA DE SEGURO	

Es importante mantener la comunicación, por ello le pedimos que informe todo cambio a la entidad encargada de su inscripción. Es necesario que notifique cambio de domicilio, número de teléfono, necesidades económicas, acomodo de vivienda, necesidades de servicios o el nombre de su médico.

Firma del cliente

Fecha

Padre, madre o tutor

Fecha

Empleado de entidad de registro

Fecha