



**Solicitud de servicios de tratamiento de VIH o SIDA
en área de subsidio provisional:
Las Vegas Partes A, C y D del Programa Ryan White**

(Escriba en letra de molde)

Fecha de solicitud: _____

Solicitud inicial Actualización o certificación nueva (sin interrupción en cobertura) Reapertura (interrupción en cobertura)

Información de contacto

Nombre legal: Apellido(s), primer nombre, inicial 2do.				Otro nombre o alias:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Correo-e:		
Domicilio particular:		Ciudad:	Estado:	C.P.:	Fecha
Dirección postal:		Ciudad:	Estado:	C.P.:	Fecha
Anterior Domicilio:		Ciudad:	Estado:	C.P.:	Fecha
1. Teléfono: ()		Tipo:	¿Podemos comunicarnos por correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2. Teléfono: ()		Tipo:	¿La correspondencia debe ser confidencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			¿Podemos comunicarnos por teléfono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			¿Está bien dejar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Contacto en caso de emergencia

Nombre:	1. Teléfono: ()	2. Teléfono: ()		
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	C.P.:	
Observaciones:				

Datos demográficos

No. de Seguridad Social o identificador:		Idioma principal:		
¿Es de ascendencia hispana? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Originario de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se desconoce				
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Se desconoce				
Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sin bachiller o preparatoria <input type="checkbox"/> Bachiller o preparatoria trunca <input type="checkbox"/> Bachiller o preparatoria o equivalente <input type="checkbox"/> Escuela técnica <input type="checkbox"/> Universidad trunca <input type="checkbox"/> Graduado de licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado de posgrado <input type="checkbox"/> Se desconoce				
¿Es excombatiente de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Necesidades especiales:		

Situación de vivienda

Situación actual de vivienda (marcar una):

- Sin techo, viviendo en la calle
- Sin techo, viviendo en albergue
- Residencia provisional
- Centro psiquiátrico
- Centro de tratamiento de abuso de sustancias
- Hospital o centro médico

En esta situación desde: _____

- Cárcel o penitenciaría
- Cuarto de alquiler
- Situación de violencia familiar
- Vivo con parientes o un amigo
- Alquilo vivienda

- Casa propia
- Internado o centro de cuidados especializados
- No deseo contestar
- Otro
- Desconocido

Si alquila o tiene casa propia, ¿cuenta con el contrato de arrendamiento firmado, título de propiedad o recibo de impuestos?

Información del núcleo familiar y situación económica

Información del núcleo familiar

Proporcione la información de su cónyuge, hijos y dependientes económicos en los espacios a continuación (debe brindar esta información para que se tomen en cuenta los dependientes económicos).

Nombre	Parentesco	Edad	No. de seguridad social (no es obligatorio)

Cantidad total de personas que integran la familia u hogar (incluido(a) usted): _____

¿Alguien que viva en su hogar es VIH positivo y necesita servicios del programa Ryan White? En caso de ser así, avísele en este momento a la persona encargada de determinar su elegibilidad para que se le brinden los servicios del programa de manera adecuada.

Información económica

- ¿Está trabajando? Sí No
- Si usted es casado(a) o tiene pareja doméstica reconocida por ley, ¿trabaja su cónyuge o pareja? Sí No
- ¿Recibe ingresos que no provienen de un empleo? (seguro social, manutención de menores, etc.) Sí No
- ¿Recibe asistencia pública? (seguro social, manutención de menores, etc.) Sí No
- Si su respuesta es **NO**, ¿cuál es su fuente de ingresos? _____

NOTA: Si el cliente no cuenta con recursos para mantenerse, debe llenar el formulario de verificación de que no percibe ingresos y el formulario de dependiente económico.

Cálculo del ingreso bruto ajustado modificado

Utilice las tablas que figuran a continuación para calcular el ingreso bruto ajustado modificado del cliente del mes más reciente. En caso de existir pérdidas de ingresos, escriba cifras negativas.

*Los rubros marcados con asterisco no se consideran ingresos. Incluya estos rubros en ambas tablas para que al sumarlos den cero como resultado.

Fuentes de ingreso bruto ajustado modificado: monto total mensual de todos los integrantes del hogar			
*Ingreso complementario del Seguro Social		Pensiones y anualidades (Pensiones de excombatientes o por medio de empleadores, jubilación)	
*Manutención de hijos menores, indemnización por accidentes de trabajo, obsequios en dinero		Ingreso de seguro social por jubilación	
Otros ingresos (servicio de jurado)		Monto sujeto a impuestos de distribución de plan individual de pensiones	
Ingreso del Seguro Social por discapacidad		Utilidad o pérdida de capital	
Sueldos, salarios, propinas, etc.		Otras pérdidas o ganancias	
Seguro de desempleo		Pérdida o ganancia de negocio propio	
Manutención conyugal o remuneración similar		Pérdida o ganancia agrícola	
Ganancias por apuestas		Asociaciones de alquiler de inmuebles, Sociedades anónimas bajo régimen fiscal S, fideicomisos, etc.	
Reembolsos gravables de impuesto sobre los ingresos locales o estatales			
Total columna 1 =		Total columna 2 =	
Total columna 1 + Total columna 2 = Ingreso bruto =			

Fuentes de ingreso bruto ajustado modificado que no proviene del empleo: monto total mensual de todos los integrantes del hogar (necesario para calcular ajustes)			
*Ingreso complementario del Seguro Social		Manutención p/ hijos menores por orden judicial	
		Gravámenes por impuestos gubernamentales	
*Manutención de hijos menores, indemnización por accidentes de trabajo, obsequios en dinero		Penalización por retiro anticipado de cuenta de ahorros	
Gastos comerciales		Manutención conyugal por orden judicial	
Gastos de educador		Deducción de plan individualizado de retiro	
Cuenta de ahorros para gastos médicos		Deducción de interés sobre crédito estudiantil	
Gastos de mudanza		Matricula y colegiatura	
Planes de retiro por trabajo independiente		Actividades de producción nacional	
Seguro médico para trabajadores independientes		Costos de intestado o judiciales	
Costos y copagos de seguro médico		Parte deducible del impuesto por trabajo independiente	
Total columna 1 =		Total columna 2 =	
Total columna 1 + Total columna 2 = Total Ajustes al Ingreso =			

Ingreso bruto ajustado modificado (correspondiente al <u>mes</u> más reciente)	=	Ingreso bruto	-	Total de ajustes al ingreso	=	
--	---	----------------------	---	------------------------------------	---	--

** Para calcular el ingreso anual, multiplique el ingreso mensual por 12; asegúrese de introducir el ingreso anual en CAREWare.

Ingreso anual	=	Ingreso bruto ajustado modificado (por el mes)	X	12	=	
----------------------	---	---	---	-----------	---	--

Cobertura médica básica

Proveedores médicos

Atención médica de VIH	Nombre	Teléfono	Última consulta Fecha
Atención médica de VIH	Nombre	Teléfono	Última consulta Fecha

Carga viral y células CD4

Fecha de prueba CD4	Conteo de células T	%	Fecha de carga viral	< = >	Valor	Tipo de prueba	Historial

Farmacias

Nombre de farmacia	Teléfono	Alergias

Fármacos antiretrovirales

Fármacos de terapia antiretroviral	Recetado por	Efectos secundarios	Fecha inicio	Fecha finalización	Dosis

Necesidad de servicios del programa Ryan White y otros

¿Qué servicios del programa Ryan White necesita?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención médica | <input type="checkbox"/> Ayuda con alimentos y despensa | <input type="checkbox"/> Adherencia al tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de servicios médicos | <input type="checkbox"/> Terapia psicológica | <input type="checkbox"/> Ayuda de transporte |
| <input type="checkbox"/> Atención dental | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuidados de la vista | <input type="checkbox"/> Terapia por uso de estupefacientes | |
| <input type="checkbox"/> Ayuda domiciliaria | <input type="checkbox"/> Apoyo grupal | |
| <input type="checkbox"/> Terapia de nutrición médica (dietista) | <input type="checkbox"/> Educación o prevención de salud | |

Otros programas de servicios médicos o de apoyo financiados con fondos públicos para los que el cliente reúne requisitos:

Otros programas financiados por el gobierno que le hayan sido denegados:

Nombre legal:
Apellidos(s), primer nombre, 2do

No. de seguridad social o identificador

¿Alguna vez ha solicitado ayuda usando otro nombre?

No Sí

En caso afirmativo, ¿qué nombres utilizó? _____

¿Alguna vez ha solicitado servicios del programa Ryan White en algún otro estado?

No Sí

En caso afirmativo, ¿cuál estado? _____

¿Fecha aproximada? _____

Para las partes A, B, C, D

So pena de condena por falso testimonio, juro o afirmo que toda la información que proporciono en la presente declaración jurada está completa, es veraz y correcta y el Estado de Nevada y el Municipio de Clark pueden confiar en la misma. Por lo tanto, el que suscribe, autoriza al Estado y al Municipio de Clark que verifique toda la información que contiene la presente solicitud. En caso de que brinde datos falsos de manera deliberada en este documento mis prestaciones se cancelarán de inmediato y es posible que me enjuicien conforme a las leyes estatales y federales correspondientes, lo cual podría incluir, sin limitación alguna, cargos penales, multas e imposición de gravámenes sobre mis bienes inmuebles. Me queda claro que podré ser responsable de manera personal por el costo de todos los fármacos y servicios de apoyo si falsifiqué intencionalmente algún documento o declaración al llenar esta solicitud.

Soy responsable de renovar mi elegibilidad en un plazo de 180 días a partir de la fecha de la presente. En caso de no hacerlo en el plazo indicado, es posible que me incluyan en una lista de espera, si la hubiere, o tendré que esperar de 5 a 10 días antes de que pueda recibir mi provisión mensual de fármacos mediante la parte B del programa Ryan White.

Escriba en letra de molde su Nombre legal completo _____ **Firma** _____ **Fecha** _____

Observaciones o información adicional:

Nombre del médico del paciente	Número telefónico	Número de fax
Nombre del especialista programa Ryan White (en letra de molde)	Número telefónico	Número de fax

Instrucciones de llenado de la solicitud del programa Ryan White

1. Todo cliente debe leer el contrato que aparece en la página 6 **antes** de llenar la solicitud. Los requisitos que deben reunir los solicitantes se relacionan con las políticas y procedimientos vigentes.
2. El cliente debe tener claro que la información que se ingresa en el programa de cómputo CAREWare será la misma que se dará a las demás entidades gubernamentales a las que acuda, por lo que deberá utilizar el mismo nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento cada vez que visite una entidad del gobierno por primera vez. **No puede cambiar su nombre sin tener un documento legal que lo avale (orden judicial y demás instrumentos públicos como identificación o licencia de conducir de Nevada).**
3. En caso de que el cliente cuente con número de seguro social, este debe proporcionar una copia de la tarjeta para que obre en su expediente permanente.
4. Asegúrese de marcar la casilla de "confidencialidad" **siempre** que proporcione su domicilio y número telefónico para recibir correspondencia y mensajes.
5. Es **obligatorio** que indique si está casado o tiene pareja doméstica reconocida por ley.
6. Es **obligatorio** que declare si su cónyuge o pareja doméstica reconocida por ley tiene trabajo remunerado.
7. **DEBE** proporcionar toda la información de ingresos que se solicita en la tabla de ingreso bruto ajustado modificado de la pág. 3.
8. Los gastos extraordinarios podrán deducirse del ingreso bruto para reducir el ingreso bruto. Los pagos de cuentas y deudas deben estar al corriente para que puedan disminuir el ingreso.
9. Todos los clientes deben declarar toda cobertura médica con la que cuenten (privada, prestaciones para excombatientes, Medicare, Medicaid, etc.). No hacer lo anterior tendrá como consecuencia la suspensión de las prestaciones.
10. Todos los clientes que reúnen requisitos para solicitar prestaciones de Medicaid deben hacerlo y además presentar una carta de aceptación o denegación o un documento que compruebe que intentaron solicitar dichas prestaciones en un plazo de 120 días después de la fecha en que hayan solicitado los servicios del programa Ryan White.
11. Los clientes **DEBEN** proporcionar una copia de su declaración anual de impuestos presentada ante el IRS. En caso de que NO presenten declaración, deben someter una carta o formulario indicando que no tienen obligación de hacerlo.
12. **Cálculo del ingreso "MENSUAL"**. En caso de que el cliente reciba su pago de nómina cada semana, el ingreso "MENSUAL" se calculará multiplicando el monto semanal por 4.3. Si el pago es cada dos semanas, el ingreso "MENSUAL" se calcula multiplicando el monto por 26 y el resultado se divide entre.
13. Si recibe pago de nómina dos veces al mes, el ingreso deberá multiplicarse por 2 para obtener el monto MENSUAL.