

**Condado de Maricopa  
Ryan White Part A  
Formulario de Elegibilidad**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ URN del Cliente: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Esta hoja de trabajo identifica los documentos necesarios para la elegibilidad. Favor de llenar y hacer que el cliente lo firme. Se debe enviar una copia de la hoja y otros documentos de elegibilidad a la oficina de Ryan White Part A para que se verifique y se confirme toda la información.

**PRIMERA PARTE: La Certificación Inicial**

**Las personas que ya sean clientes y vayan a continuar en el programa deben pasar a la Segunda Parte**

Se aceptan las firmas de los siguientes profesionales médicos: Médico Acreditado, Asistente Acreditado de Médicos, Enfermera Acreditada, Enfermera Certificada que trabaje bajo la supervisión de un médico. Para prueba de la condición del IVH, favor de proporcionar UNA copia de uno de los siguientes:

- Constancia de un Proveedor de Servicios Médicos con la firma original en el membrete de la agencia.
- Envíe por fax una copia de la constancia del Proveedor de Servicios Médicos si es directamente del dispensario del profesional médico o si el cliente no tiene manera de conseguir el original (por ejemplo, si está fuera del estado), y la copia enviada por fax es una constancia escrita en los últimos 60 días.
- Informe de un hospital con el nombre del mismo, dándole de alta al paciente o cualquier otro documento firmado por un profesional médico indicando el diagnóstico de IVH+ del paciente.
- Carga viral cuantitativa del IVH por bADN o por PCR demostrando niveles detectables del virus, con el nombre del cliente impreso en el informe de laboratorio.
- Resultado de laboratorio sin nombre acompañado por una hoja de laboratorio con nombre, asegurándose que el número de laboratorio aparece en ambos documentos, sirviendo de referencia cruzada.
- Autorización general de Part A para la revelación de información personal (se actualiza cada cinco años).
- Información Inicial de admisión de Part A.

**SEGUNDA PARTE: Información Sobre su Domicilio**

**TODOS** los documentos que verifiquen el domicilio **DEBEN** cumplir con las siguientes condiciones:

- No puede ser un apartado postal; la fecha debe ser válida y dentro de los últimos 90 días, (a menos que esté indicado de otra manera); sea el mismo domicilio que el cliente ha proporcionado anteriormente en otras solicitudes y documentos oficiales.

1ra. Opción El cliente debe proporcionar **UNO** de los siguientes. Favor de marcar la casilla y presentar una copia.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Documentos relacionados a cupones de alimentos               | <input type="checkbox"/> Comprobante de beneficios del desempleo                                       |
| <input type="checkbox"/> Comprobante de recibir ayuda general                         | <input type="checkbox"/> Comprobante del pago de impuestos de propiedad                                |
| <input type="checkbox"/> Documentos relacionados a TANF                               | <input type="checkbox"/> Copia del cobro de cuotas de la Asociación de Propietarios                    |
| <input type="checkbox"/> Carta aprobando o rechazando AHCCCS                          | <input type="checkbox"/> Contrato de alquiler o de arrendamiento con el nombre y domicilio del cliente |
| <input type="checkbox"/> Carta aprobando beneficios de Seguro Social o para Veteranos |  |

2da. Opción Si el cliente no tiene uno de los documentos previamente mencionados, puede presentar **DOS** de los siguientes. Favor de indicar cuales dos, marcando la raya y proporcionando copias.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cobro de impuestos o factura de impuestos para propiedad | <input type="checkbox"/> Licencia de conductor  |
| <input type="checkbox"/> Hoja W-2 de impuestos más reciente de su empleador       | <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación del Depto. De Vehículos  |
| <input type="checkbox"/> Talón de cheque de su empleador (año más reciente)       | <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Inmigración   |
| <input type="checkbox"/> Documento de cuenta de banco (más reciente)              | <input type="checkbox"/> Facturas más recientes de servicios: pueden incluir cable de televisión, Internet, APS, SRP, Southwest Gas, agua/alcantarillado/basura, teléfono |

3ra. Opción Si el cliente no tiene los documentos previamente mencionados, puede presentar **DOS** de los siguientes documentos. Favor de indicar cuales de los dos el cliente está proporcionando.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Otro documento de comprobación; una carta con fecha mencionando cliente por nombre & la dirección donde ellos residen. (es decir, de Amigos, de Familia, una persona que sabe de dónde,) | <input type="checkbox"/> Declaración de otro proveedor de servicios (RW Parte A. Or servicio medico) indicando que verifican que visitaron al cliente en un lugar específico en la zona de Phoenix EMA. |
| <input type="checkbox"/> Factura de alguna tienda de departamentos, dispensario médico, compañía de seguros o compañía de teléfonos celulares (ejemplo)   | <input type="checkbox"/> Declaración escrita de un proveedor de servicios a personas sin viviendas (albergue, clínica, programa de alimentos) verificando que la persona de hecho no tiene vivienda.    |
| <input type="checkbox"/> Correspondencia oficial tal como una tarjeta de votante (ejemplo)  | <input type="checkbox"/> Un documento de la 2da. Opción y uno de la 3ra. Favor de marcar las dos casillas que correspondan a estas.   |
| <input type="checkbox"/> Declaración del encargado del caso indicando que el encargado se ha reunido con el cliente en su domicilio en un lugar específico en la zona de Phoenix EMA.                             |   |

**Condado de Maricopa  
Ryan White Part A  
Formulario de Elegibilidad**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ URN del Cliente: \_\_\_\_\_

**TERCERA PARTE: Verificación de Ingresos**

El cliente debe presentar por lo menos una verificación de ingresos. Los talones DEBEN ser de los últimos 90 días. La información de los impuestos debe ser del año más reciente. Favor de marcar todas las casillas que apliquen y proporcionar copias.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 mes de talones o un documento del empleador indicando sus ingresos hasta ahora. | <input type="checkbox"/> Cartas indicando pagos del Seguro Social, cupones, cartas indicando pagos de ayuda del gobierno                              |
| <input type="checkbox"/> 3 meses de cuentas de ganancias del negocio si trabaja por su propia cuenta       | <input type="checkbox"/> Otros documentos actuales demostrando ingresos o fuente de ayuda económica recibida (puede incluir la hoja W-2 más reciente) |
| <input type="checkbox"/> Cartas indicando que se le ha concedido algún beneficio monetario                 |   |

Favor de usar la hoja EXCEL incluida para calcular sus ingresos anuales y el tamaño de su familia.

**CUARTA PARTE: Otras Fuentes de Pago**

¿Algún otro pagador? Favor de marcar todo lo que aplique.

- |   |                                   |                                |  |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> AHCCCS                     | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> ALTCS | <input type="checkbox"/> VA (Asuntos de Veteranos) |
| <input type="checkbox"/> Otro Seguro _____          |                                   |                                |  |
| <input type="checkbox"/> No Tengo Fuentes de Seguro |                                   |                                |  |

**QUINTA PARTE: Verificación de la Información Por el Cliente**

Iniciales del Cliente: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Entiendo que podría calificar para fondos de Ryan White aunque tuviera otras fuentes de seguro médico. Certifico que la información proporcionada es cierta y correcta a mi mejor saber y entender. Podría perder mi elegibilidad si no reportara todo lo que debo reportar.  
Entiendo que debo reportar cualquier cambio de ingresos / de domicilio /de cualquier otra fuente de pago inmediatamente para poder seguir recibiendo los servicios pagados por Ryan White Part A.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que debo presentar la documentación necesaria sobre mis Ingresos/Estado Migratorio/Estado de otras fuentes de pagos por lo menos cada seis meses incluyendo cualquier cambio que se haga, para continuar recibiendo los servicios pagados por Ryan White Part A.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente en Letra de Molde

**SEXTA PARTE: Verificación de la Información Por el Proveedor**

Lo completará un representante del Proveedor:  
Doy fé que la información proporcionada es cierta y correcta a mi mejor saber y entender. El cliente podría perder su elegibilidad y los servicios pagados por Ryan White Part A si omitiera alguna información pertinente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Proveedor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante del Proveedor (Letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Proveedor