

## Arizona Ryan White and ADAP Application

Yo estoy solicitando:  Ryan White Parte A  Ryan White Parte B  Ryan White Parte C  ADAP

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Información del Solicitante				
<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>Inicial</b>
<b>Fecha de Nacimiento (mes/día/año)</b>		<b>Otros Nombres (Nombre que prefiere usar)</b>		
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transexual – Hombre a mujer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transexual - Mujer a hombre		<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<b>Raza (Marque todos que se aplican)</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativos Hawaianos/Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	
<b>Preferencia de Idioma</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		<b>Número de Seguro Social*</b>		
<b>Número de teléfono de contacto</b> <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> otro Acepta que se le deje mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Teléfono de contacto secundario #</b> <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> otro Acepta que se le deje mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Dirección Residencial (donde vive)</b>		<b>Apto./Suite #</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>
<b>Dirección Postal (si es diferente)</b>		<b>Apto./Suite #</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>
			<b>Código Postal</b>	<b>¿Puede recibir correo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<b>CódigoPostal</b>	<b>¿Puede recibir correo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Nombre del Representante Primario, si tiene uno</b>		<b>Número de Teléfono</b>		<b>¿Consciente de su diagnóstico?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Nombre de administrador de caso</b>	<b>Agencia</b>	<b>Número de Teléfono</b>		<b>¿Prefiere que se comuniquen con el trabajador en lugar del cliente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACION DEL DIAGNOSTICO (solamente solicitantes nuevos)			
<b>Fecha del diagnóstico VIH-positivo:</b>	<b>¿Le han dicho alguna vez que tiene SIDA?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Fecha del diagnóstico de SIDA:</b>	<b>¿Fue usted diagnosticado en Arizona?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si usted no es positivo de VIH, favor de escoger uno de los siguientes:</b> <input type="checkbox"/> VIH-indeterminado (actualmente menor de 2 años de edad y nacido de madre VIH positiva). <input type="checkbox"/> No he tenido un análisis para VIH. <input type="checkbox"/> VIH-negativo (pareja o miembro de la familia afectado).			
<b>Categoría de Riesgo/Exposición (conteste todas las preguntas):</b> <b>¿Alguna vez ha tenido sexo con hombres?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Alguna vez ha tenido sexo con mujeres?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Alguna vez ha usado drogas inyectadas? (IV)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Le han diagnosticado con trastorno de hemofilia/coagulación de la sangre?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>¿Ha recibido alguna vez transfusión de sangre?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Le han trasplantado alguna vez un órgano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Se contagió con el VIH a través de su madre?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desconozco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro (favor de explicar): _____	
DOCUMENTACION DE DIAGNOSTICO (solamente solicitantes nuevos)			

Los solicitantes nuevos deben comprobar su diagnóstico positivo de VIH. Favor de proveer uno de los documentos listados abajo. Marque lo que sea apropiado. **Adjunte los documentos a esta solicitud.**

	Reporte de laboratorio con su nombre completo que muestra cantidad medible de carga viral por bDNA o PCR mostrando nivel detectable de virus.
	Resultado de laboratorio ADHS sin nombre mostrando diagnóstico positivo de VIH como carga viral medible (no indetectable), prueba del manchado western o IFA. Debe proveer la ficha del laboratorio nombrado con el mismo número en la ficha.
	1) Positive HIV immunoassay AND positive confirmatory test, OR 2) Positive detectable HIV RNA reflecting the current algorithm approved by the Association of Public Health Laboratories (APHL).
	Una declaración firmada por un profesional médico (puede ser un médico autorizado, una enfermero/a practicante autorizado o un asistente médico calificado) en papel membretado o en recetario indicando que la persona es VIH-positiva. Un reporte de laboratorio autenticado, para confirmar el status VIH debe ser presentado dentro de los siguientes 60 días.

\* Esta información no es utilizada para la determinación de elegibilidad. Se utiliza para verificar ingresos y para verificar la cobertura de AHCCCS o Medicare. Anote su número de identificación de extranjero si no tiene número de Seguro Social.

## Arizona Ryan White and ADAP Application

### DOCUMENTOS DE ELEGIBILIDAD

#### RESIDENCIA

Favor de proveer **DOS** documentos de residencia emitidos dentro del período de tiempo permitido.

- El documento debe incluir el nombre del cliente y la dirección de su casa (no se permite Apartados Postales).
- **Adjunte copias a esta solicitud.**
- 

#### MUESTRA DE DOCUMENTOS (marque uno y provea una copia del documento)

	Carta de otorgamiento anual de una agencia del gobierno (Seguro Social, Asuntos de Veteranos, AHCCCS, DES, Estampillas de Alimentos, Desempleo etc.)
	Estado de cuenta de impuestos de propiedad – el más reciente
	Estado de cuenta de la Asociación de Propietarios (HOA por sus iniciales en inglés) de los últimos 60 días
	Hipoteca o contrato de arrendamiento
	Recibos de servicios públicos más recientes o cobros de tarjetas de crédito (Electricidad, Agua, Gas, Teléfono, Cable, etc.) de los últimos 30 días
	Recibo de impuesto de propiedad o estado de cuenta de avalúo fiscal – el más reciente
	Forma W-2 más reciente
	Talones de cheques de pago de los últimos 30 días
	Estado de cuenta bancario de los últimos 30 días
	Tarjeta de identificación o licencia de manejar emitida por el Estado - Expedido en un plazo de un año
	Registro de vehículo del estado de Arizona – el más reciente
	Inscripción Tribal más reciente
	Tarjeta de identificación de Inmigración de los Estados Unidos- vigente
	Carta de Programa de Vivienda temporal - vigente
	Tarjeta del seguro de vehículo - vigente
	Declaración del proveedor de servicios médicos u hoja demográfica del paciente firmada por el proveedor de servicios médicos especificando el domicilio de elegibilidad.
	Declaración de un administrador de casos del programa Ryan White de visita domiciliaria o informando que la persona es indigente – fechada en los últimos 30 días (use el testimonio escrito debajo de esta forma)
	Declaración de un proveedor de servicios comunitarios testificando que la persona es indigente – fechada en los últimos 30 días (use el testimonio escrito debajo en esta forma)

#### Testimonio de residencia del trabajador de casos

**Sólo para uso de la agencia: Puede ser llenado sólo por trabajador de casos o especialista de CE.**

\_\_\_\_\_ Yo afirmo que he visitado al cliente en la dirección identificada en la sección de información del cliente

\_\_\_\_\_ Yo afirmo que el cliente cuyo nombre aparece arriba es una persona sin hogar (indigente).

\_\_\_\_\_ Trabajo de casos/Especialista de CE nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_ Nombre de la agencia proveedora

\_\_\_\_\_ Firma del trabajador de casos/Especialista de CE

\_\_\_\_\_ Fecha

#### Testimonio de residencia del asistente social

**Sólo para uso de la agencia: Puede ser llenado sólo por el asistente social o especialista de CE.**

\_\_\_\_\_ Yo afirmo que el cliente cuyo nombre aparece arriba es una persona sin hogar (indigente).

\_\_\_\_\_ Asistente social/Especialista de CE nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_ Nombre de la agencia proveedora

\_\_\_\_\_ Firma del Asistente social/Especialista de CE

\_\_\_\_\_ Fecha



**SEGURO MÉDICO**

**Si tiene cobertura médica, adjunte una copia de su tarjeta de seguro de salud y tarjeta que cubra medicamentos.**

Es posible que se le requiera proporcionar prueba de negación si parece que puede ser elegible.

<b>INFORMACION DEL SEGURO MEDICO</b>	
<b>Arizona Medicaid – AHCCCS</b>	<b>Seguro médico del mercado federalmente facilitado (FFM)</b>
<b>Cuál es su estado de elegibilidad con AHCCCS?</b> <input type="checkbox"/> Inscrito - fecha de comienzo ___/___/___ <input type="checkbox"/> Pendiente - Fecha de Solicitud ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> No pertinente.	<b>Cuál es su estado de elegibilidad en el Mercado de Seguro?</b> <input type="checkbox"/> Inscrito - fecha de comienzo ___/___/___ <input type="checkbox"/> Pendiente - Fecha de Solicitud ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> No pertinente.
<b>Medicare</b>	
<b>Cuál es su estado de elegibilidad para Medicare:</b> <input type="checkbox"/> Inscrito - fecha de comienzo ___/___/___ <input type="checkbox"/> Seré elegible en los próximos 12 meses. fecha de elegibilidad ___/___/___ <input type="checkbox"/> No inscrito pero estuvo inscrito en el pasado <input type="checkbox"/> No pertinente  Qué tipo de Medicare? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Medicare Advantage Plan	<b>Si es elegible para Medicare, ha solicitado ayuda adicional para sus medicamentos con Medicare</b> <input type="checkbox"/> Inscrito <input type="checkbox"/> Pendiente. Fecha de Solicitud ___/___/___  <input type="checkbox"/> Negado
<b>Otro Programa de Seguro de Salud del Gobierno</b>	
<b>¿Usted es elegible o recibe seguro médico de los Servicios de Salud para Nativos Americanos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Usted es elegible para servicios de salud para veteranos de guerra o recibe esos servicios?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Seguro médico privado o provisto por el Empleador</b>	
<b>¿Tiene seguro médico privado?:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si su respuesta es sí, a través de quien obtiene el seguro?</b> <input type="checkbox"/> Mi empleador <input type="checkbox"/> Familia /Póliza de Otra Persona <input type="checkbox"/> Plan Privado individual <input type="checkbox"/> COBRA	
<b>¿Puede obtener seguro a través de?</b> <input type="checkbox"/> Mi empleador <input type="checkbox"/> Familia /Póliza de Otra Persona <input type="checkbox"/> Privado individual plan <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Yo no puedo obtener seguro médico privado	
<b>¿Ha solicitado la cobertura médica?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, <b>¿Si la respuesta es no, cuándo es elegible para solicitar la cobertura?</b> ___/___/___	
<b>¿Su seguro de salud proporciona cobertura para medicamentos recetados?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Cuáles de sus medicamentos prescritos para el VIH que no son cubiertos por el plan? Favor de indicarlos o anexarlos:</b>  	

**REFERENCIA A SERVICIOS PARA CUBRIR NECESIDADES**

¿Ha visto usted a su proveedor de servicios médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido exámenes de laboratorio en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está tomando medicamentos para VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su situación de vivienda o de familia es estable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su habilidad para proveer sus necesidades de la vida diaria es estable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sus recursos de transporte están cubriendo sus necesidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene la habilidad para manejar el estrés y/o la depresión en su vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas para manejar problemas de adicciones o de abuso de sustancias en su vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Desea una referencia para ayuda con cualquiera de los asuntos antes mencionados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted un asistente social para VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de su Asistente Social y Agencia:	

**GUIA DE DOCUMENTOS DE RESPALDO PARA SU SOLICITUD**

**DOCUMENTOS DE RESPALDO REQUERIDOS – TODOS SOLICITANTES**

Comprobantes de residencia – vea la página 2 de documentos aceptables

Comprobantes de ingresos- vea la página 3 de documentos aceptables

Carta de manutención económica – si se aplica a su caso

*Si usted firmó el Certificado de Ingreso y/o de manutención económica, la persona que lo ayuda debe proveer una carta de manutención.*

Comprobante de cobertura médica (si es pertinente)

Tarjeta de AHCCCS o carta de aprobación.

Tarjeta de Medicare

Tarjeta de seguro de salud privado

Carta de negación de AHCCCS

- Negación debida a no suministrar los documentos requeridos no es aceptable.
- La inscripción en los Servicios Federales de Emergencia (FES por sus siglas en inglés) es considerada negación para los servicios de AHCCCS.
- Si vive en los municipios Maricopa o Pinal, las negaciones que sean aplicables serán generadas a través de la Oficina de Elegibilidad Central.

**DOCUMENTOS DE RESPALDO REQUERIDOS – Sólo Para Solicitantes Nuevos**

Comprobante de diagnostico - vea la página 1 de documentos aceptables.

**DOCUMENTOS DE RESPALDO REQUERIDOS – Solo ADAP/RWPB**

Aprobación o negación para Beneficios Adicionales con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare ( LIS por sus siglas en inglés)

Si usted está inscrito en el Mercado Federal de Seguros Médicos (FFM por sus siglas en inglés) y recibe ayuda para el pago de las primas médicas, adjunte una copia de su declaración de impuestos más reciente empezando el 16 de abril, 2015.

Hoja de trabajo del Ajuste del Ingreso Bruto Modificado (MAGI por sus siglas en inglés)

Si tiene seguro privado, por favor de proveer copias de su tarjeta de seguro médico

Prima médica

Formulario (lista de medicamentos)

Resumen de beneficios

Página del Proveedor Médico- La página 7 de la solicitud la debe completar y firmar su proveedor médico

## Arizona Ryan White and ADAP Application

### RYAN WHITE PART A ONLY

Favor de poner sus iniciales al lado de las aseveraciones y firme abajo:

\_\_\_\_\_ Hay posibilidad que califique para los servicios con fondos de Rían White aunque tenga otro seguro.

\_\_\_\_\_ Yo reportaré cualquier cambio en los ingresos de mi hogar, mi dirección, y otras cosas que pudieran afectar mis servicios. Si no lo hago, es posible que no sea elegible o tal vez tenga que re-embolsar al Programa Rían White.

\_\_\_\_\_ Por lo menos cada seis meses, Yo completare el proceso de elegibilidad requerido. Si yo no presento los documentos, no permaneceré en el programa.

\_\_\_\_\_ La información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta a lo mejor de mi saber y entender. Cualesquiera puntos no reportados pueden resultar en pérdida de elegibilidad.

### RYAN WHITE PART A AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ (*Nombre del Cliente*), autorizo a Care Directions, Arizona School of Dentistry and Oral Health, Chicanos Por La Causa, Maricopa County Employee Benefits and Health, Ebony House, Maricopa Integrated Health System, Maricopa County Office of Health Education & Promotion, Phoenix Indian Medical Center, Southwest Center for HIV/AIDS and Sun Life, un Concesionarios y/o Contratistas del Programa Ryan White HIV/AIDS, para de a conocer mi información de salud protegida (PHI) y otra información de mis expedientes al Programa Ryan White HIV/AIDS, (Ryan White) un Concesionario o un Contratista con operaciones en el Condado de Maricopa y/o en el Condado de Pinal, Arizona. (Se Adjunta una lista de los Concesionarios y Contratistas de Ryan White en el Condado de Maricopa y en el Condado de Pinal.)

El propósito de esta revelación es permitir un Concesionarios y/o Contratistas del Programa Ryan White HIV/AIDS el intercambio de mi PHI y otra información de mis expedientes con los Contratistas y Concesionarios de Ryan White con el fin de:

- La continuidad del cuidado, tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud, incluyendo elegibilidad, demografía, tratamiento de emergencia, pago a Contratistas y otra información del reporte de estadísticas;

- Reporte Obligatorio, incluyendo los reportes de datos nivel cliente;
- Revelaciones requeridas por la ley;
- Proceso legal y procedimientos;
- Vigilancia la cual incluye las revisiones y auditorías para asegurarse de la calidad de los servicios patrocinados que provee Ryan White;

- Información a un proveedor Examinador Médico;
- Información de condiciones de salud pública que deba revelarse; y
- Inclusión de la demografía, elegibilidad y otros reportes de estadística;
- Si en el curso de la prestación de servicios a un cliente, un proveedor RWPA identifica información que podría ser perjudicial para el cliente o el público, el proveedor puede reportar esa información a las autoridades competentes.

Si se requiere, por los fines arriba mencionados, autorizo la revelación de la siguiente sobre el período de tiempo desde la fecha de mi firma en un (1) año a partir de la fecha de mi firma:

- El HIV/AIDS y otras enfermedades, incluyendo las Pruebas y la Asesoría;
- In formación de Salud Mental Conductual; y/o o tratamiento psiquiátrico;
- Información del Tratamiento del abuso de sustancias.

A menos que revoque esta autorización anticipadamente, esta caducará a el uno (1) año a partir de la fecha de mi firma. Además entiendo que mi revocación no se aplicará a la información que ya haya sido revelada debido a esta Autorización Para dar a Conocer Información. Para revocar esta autorización, debo entregar una petición por escrito a:

Central Eligibility Office, Care Directions  
1366 E. Thomas Road, Suite 203  
Phoenix, AZ 85014

Al firmar esta Autorización Para dar a Conocer Información, libero a todos los Concesionarios y Contratistas, sus empleados, oficiales, directores, personal médico y agentes de Ryan White, de toda responsabilidad legal por dar a conocer esta información, en la medida que se indica y se autoriza en este permiso. Además entiendo que los Concesionarios y Contratistas de Ryan White mantendrá la confidencialidad de la revelación de mi PHI u orea información, solo por los fines arriba enumerados.

Entiendo que los asuntos que se discuten en esta Autorización Para dar a Conocer Información y al firmar al calce, acepto haber recibido una copia del Programa de Practicas para la Privacidad de Ryan White.

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Cliente

**Arizona Ryan White and ADAP Application**

<b>ADAP/Ryan White Part B ONLY</b>				
<b>MEDICAL PROVIDER PAGE (MPP) - must be completed by Prescribing Medical Care Provider</b>				
<b>Applicant Name</b>		<b>Applicant Birth Date</b>		
<b>Medical Provider Name</b>		<b>License Number</b>		
<b>Medical Provider Address</b>		<b>Apt/Suite #</b>	<b>City</b>	<b>State</b>
<b>Zip Code</b>				
<b>Medical Provider Phone:</b> (____) _____		<b>Medical Provider Fax:</b> (____) _____		
<b>TESTS</b>				
<b>Test Name</b>		<b>Result</b>		<b>Date of Test</b>
CD4 CELL COUNT (required within the last 6 months)				
VIRAL LOAD (within the last 6 months)				
<b>MEDICATION(S) PRESCRIBED</b>				

*PLEASE list full prescription below with a copy of prescriptions OR attach a copy of the eRX:*

Drug	Strength	Quantity	Instructions	# Refills

I certify that this applicant has been diagnosed as having HIV infection.

I understand that I am required to notify the vendor pharmacy within 7 calendar days of the following:

- Prescribing a new medication
- Discontinuing a medication

I agree to notify the Arizona ADAP/Ryan White programs within 14 calendar days following my notification of:

- Death of the patient/client
- Change in the HIV Medical Provider

I certify that to the best of my knowledge and belief all information, I have provided is accurate and complete.

If the client is going to go without medications for longer than 90 days, please contact ADAP at 602-364-3610 OR 1-(800) 334-1540.

\_\_\_\_\_  
Signature of Medical Provider

\_\_\_\_\_  
Date

Please return to: ADAP, Arizona Dept. of Health Services  
150 N. 18th Avenue, Suite 110 Phoenix, AZ 85007-3233  
Fax: 1-(602) 364-3263  
Phone: Toll-Free 1-(800) 334-1540

# Arizona Ryan White and ADAP Application

## Arizona Department of Health Services – AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Aplicación (Bajo Provisión de A.A.C. R9-6-401, et seq)

### Certificación de Solicitante y Autorización de Liberación de la información

Estoy de acuerdo que yo o mi representante designado debemos proporcionar a AZ ADAP por la prueba que no soy elegible para servicios de AHCCCS (Sistema de Contención del Costo de Asistencia médica de Arizona) y/o para el subsidio de bajo ingreso de Medicare Parte D, si no es proveído con esta aplicación. También estoy de acuerdo que yo o mi representante designado debo proporcionar ADAP AZ con prueba de inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, si soy elegible para Medicare. Último, estoy de acuerdo que yo o mi representante designado debemos proporcionar AZ ADAP por prueba de o excepción de la inscripción el Mercado Federalmente Facilitado, de ser aplicable.

Yo doy el permiso a AZ ADAP para compartir la información mínima necesaria contenida en esta aplicación con AHCCCS, para el propósito de la determinación de la elegibilidad de AHCCCS, con Medicare y la Administración de la Seguridad Social para el propósito de la determinación de la elegibilidad del subsidio de bajo ingreso e inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, con mi médico o su persona designada para confirmar la información clínica y conseguir resultados de pruebas de laboratorio relacionados con el servicio que estoy solicitando, con la farmacia para asistir con la distribución de medicamentos, con otros proveedores de Ryan White en Arizona con quien estoy matriculado para mantener mi inscripción en ADAP o asistencia de ADAP y con cualquier otra entidad si es necesario para establecer la elegibilidad de la inscripción en AZ ADAP.

Yo o mi representante designado me comprometo a notificar a ADAP AZ de los cambios que afecten mi elegibilidad dentro de 30 días. Esos cambios incluyen: cualquier cambio en el ingreso familiar, número de personas en la vivienda o dirección donde recibo ;a correspondencia, número de teléfono, ingreso familiar anual, situación laboral, disponibilidad de cobertura de seguro médico, elegibilidad de AHCCCS o médico familiar.

Entiendo que mi AZ ADAP elegibilidad se terminará si no lleno mi AZ ADAP medicamentos que se cubren durante más de 90 días.

Certifico lo mejor de mi conocimiento y creencia, soy elegible para AZ ADAP y todas las declaraciones hechas aquí, incluyendo cosas personales y otra información no relacionada a salud son exactas y completas. Certifico que no soy elegible para ningún plan de seguro médico que proporcionaría el apoyo para el cual estoy solicitando, además de aquellos que he declarado.

Entiendo que si falto de ser exacto y completo puede prevenir o retrasar una determinación de elegibilidad de recibir la ayuda de AZ ADAP, o puede causar la terminación de mi inscripción.

Yo entiendo que si existe alguna discrepancia en los documentos presentados a AZ ADAP, debo presentar documentación proveída por el gobierno para confirmar mi identidad.

Entiendo que AZ ADAP puede terminar mi inscripción en AZ ADAP si exhibo un comportamiento violento o amenazador a un representante del personal de la farmacia de AZ ADAP.

Tengo entendido que AZ ADAP cesará de proporcionar medicamentos cuando los fondos disponibles son agotados o terminados. AZ ADAP no es un programa de derecho y no crea el derecho a la asistencia ausentes de fondos disponibles (R9-6 -402).

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre impreso del solicitante) autorizo Jimmy Borders, Lora Andrikopoulos, Claudia Cardiel, Jessica Alvidrez, LisaMarie Bates, Louisa Vela, Greg Romero or Laura Kroger en su capacidad de miembros personal del Programa de Asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) del Departamento de Servicios de Salud de Arizona , que me represente para los siguientes propósitos:

1. Durante mi inscripción en ADAP, el pago de la prima para la cobertura FFM por el ADAP, proveído que ADAP determina que la cobertura de FFM permanece los medios más rentables de proveerme de medicamentos para el VIH para las cuales busco la ayuda de ADAP. Por favor, tenga en cuenta que los anticipos sobre las primas Crédito Fiscal (APTC) debe ser aplicada al costo total de las primas antes de ADAP facilitar el pago de las primas del mercado.
2. También autorizo los funcionarios nombrados anteriormente, en su calidad de miembros personales de ADAP del Departamento de Servicios de Salud de Arizona, a fin de revelar mi información confidencial al punto necesaria para llevar a cabo los tres objetivos listados arriba.

Entiendo y estoy de acuerdo que esta autorización tendrá efecto por un período de un año a partir de la fecha de la firma.

Nombre del solicitante (imprimir nombre)

Firma

Fecha

**ADAP/Ryan White Part B ONLY**  
**MAGI WORKSHEET FOR APPLICANTS WITHOUT TAXES**



**Mock MAGI Worksheet**

**Only for use with applicant's who have not filed a tax return for the most recent tax year**

\*Income types listed in ALL CAPS are not calculated in MAGI, but are required fields\*

\*For any income losses, enter negative \$ amount\*

Client Name \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ - - \_\_\_\_\_ DOB / /

Income Sources			
Total Monthly \$ Amount for all Legal Household Members			
Wages, Salaries, tips, etc.		Pensions & Annuities (Veteran/Employer Based Pensions, Retirements, or Disability)	
Taxable Interest		Rental real estate partnerships, S Corporations, Trusts, ect.	
Tax Exempt Interest		Farm income or loss	
Ordinary Dividends		Unemployment Income	
Taxable refunds of State/Local Income Taxes		Retirement Income from Social Security (SSA)	
Alimony or other Spousal Support Received		Disability Income from Social Security (SSDI)	
Business Income/Loss		SUPPLEMENTAL INCOME FROM SOCIAL SECURITY (SSI)	Specialty Line A
Capital Gain/Loss		Other income (Jury Duty Pay, Gambling Winnings)	
Other Gains/Losses		CHILD SUPPORT RECEIVED, WORKERS COMP, MONETARY GIFTS	Specialty Line B
IRA Distributions - Taxable amount			
<b>Total Column 1</b>		<b>Total Column 2</b>	
Total Income (Total Column #1 plus Total Column #2)			
Non MAGI (Not calculated but, required)			
Total Monthly \$ Amount for all Legal Household Members			
Educator Expenses		Penalty on Early Withdrawal of Savings	
Business Expenses		Alimony Paid	
Health Savings Account		IRA deduction	
Moving Expenses		Student Loan Interest Deduction	
Deductible Part of Self Employment Tax		Tuition and Fees	
Self Employed SEP, SIMPLE plans		Domestic Production Activities	
Self Employed Health Insurance Deduction			
<b>Total Column 1</b>		<b>Total Column 2</b>	
Total Adjustments (Total Column #1 plus Total Column #2)			
Add Specialty Line A			
Add Specialty Line B			
(Total Adjustments+ Spec Line A+Spec Line B) = NON MAGI SUBTOTAL			
		Total Income minus Non MAGI Subtotal above	
<b>Modified Adjusted Gross Income (MAGI)</b>			
Notes			

Client Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 (Signature, Date and Supporting Documentation is also required)

Revised 7/15/13

V.10012013 -11-

**ADAP/Ryan White Part B ONLY**

**MAGI INSTRUCTIONS**

**Eligibility Criteria for Medicaid and Insurance Affordability Programs: Modified Adjusted Gross Income (MAGI)<sup>1</sup>**

	<b>Income</b>	<b>Assets</b>	<b>Household size</b>	<b>Residency</b>	<b>Immigration status</b>	<b>Redetermination</b>
<b>MAGI</b>	<p><i>Criteria</i> Based on Internal Revenue Service definition of income<sup>1</sup> MINUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Educator expenses</li> <li>Business expenses</li> <li>Health savings account deduction</li> <li>Moving expenses</li> <li>Certain self-employment expenses</li> <li>Penalty on early withdrawal of savings</li> <li>Alimony</li> </ul> <p>Medicaid-specific exceptions to MAGI definition of income:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amount received as lump sum is only counted as income in month received</li> <li>Educational grants are excepted from income</li> <li>Certain American Indian/Alaska Native income is excepted<sup>2</sup></li> <li>Across-the-board 5% disregard of income (all other income disregards eliminated)</li> </ul> <p>Budget periods:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MAGI income determinations are based on "point-in-time" income for Medicaid</li> <li>Income determination for premium tax credits are based on projected annual income (credits are paid in advance and reconciled at end of year based on tax returns)</li> <li>States have option of using point-in-time or projected annual income methods for <i>current</i> Medicaid beneficiaries and to take into account reasonably predictable income changes for new and current beneficiaries</li> </ul>	<p><i>Criteria</i> No assets test</p>	<p><i>Criteria</i> Tax filing unit (individual plus anyone for whom individual claims personal exemption)</p> <p>For individuals who do not file a tax return and are not claimed as tax dependent, household size is the individual and the following (if living with the individual):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Spouse</li> <li>Natural, adopted, and step children (those under age 19, or, at state option those under age 21 and full-time student)</li> <li>If applicant is a child, natural, adopted, and step parents and natural, adopted, and step siblings<sup>3</sup></li> </ul>	<p><i>Criteria</i> State of residence is the state where the individual is living and intends to reside, including without a fixed address; or state in which person has entered with a job commitment or seeking employment (whether or not currently employed).</p>	<p><i>Criteria</i> Undocumented immigrants are barred from coverage through exchanges or Medicaid</p> <p>Legal immigrants are barred from Medicaid coverage for 5 years, but are eligible for subsidized coverage through exchanges during this time.</p>	<p><i>Criteria</i> Once every 12 months.</p>
	<p><i>Supporting documents</i> The final regulation limits use of documentation and requires states to use electronic sources for verification wherever possible, including:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Internal Revenue Service (IRS)</li> <li>State Wage Information Collection Agency</li> <li>Social Security Administration (SSA); and</li> <li>Other social services programs (e.g., SNAP)</li> </ul> <p>The regulation requires states to access information available through the federal "Data Services Hub" as well as the Public Assistance Reporting Information System (PARIS).</p> <p>If information obtained through electronic sources is not "reasonably compatible" with information provided by applicant, agency must request additional documentation.</p>	<p><i>Supporting documents</i> N/A</p>	<p><i>Supporting documents</i> Self-attestation accepted</p>	<p><i>Supporting documents</i> Self-attestation accepted</p>	<p><i>Supporting documents</i> Social Security Number or paper documentation (verification with federal data hub required)</p>	<p><i>Supporting documents</i> States are required to use an administrative renewal process using electronic data sources. If eligibility cannot be verified with existing databases, beneficiaries must be sent a pre-populated renewal form and must supply missing information.</p>

<sup>1</sup> IRS Form 1040 defines income as: wages, salaries, tips, interest, dividends, taxable refunds, credits or offsets of state and local income taxes, business income, capital gain, IRA distributions, pensions and annuities, rental real estate, royalties, partnerships, S corporations, trusts, unemployment compensation, and farm income.

<sup>2</sup> Exceptions include: distributions from Alaska Native corporations and settlement trusts, distributions from any property held in trust located within prior federal Indian reservation, distributions and payments from property rights associated with federal Indian reservation land, and student financial assistance under the BIA.

<sup>3</sup> Certain exceptions to MAGI household size rules apply, including the provision that married couples living together are each included in the other's household regardless of filing status. For a full list of exceptions (most of which involve treatment of children), see [State Health Reform Assistance Network: Overview of Final Medicaid Eligibility Regulation \(April 2012\)](#).

<sup>4</sup> MAGI applies to income determinations for newly-eligible Medicaid beneficiaries (the 2014 expansion population), some traditional Medicaid groups (children, parents, and caretakers), and subsidies to purchase insurance through exchanges. MAGI does NOT apply to certain traditional Medicaid groups (e.g., disabled populations and medically needy). Application of MAGI for new applicants will begin January 1, 2014. For current Medicaid beneficiaries, the MAGI formula will be effective on March 31, 2014 (or the next regularly scheduled renewal if later).