

Solicitud para Ryan White y ADAP de Arizona

Para completar la solicitud necesitará aproximadamente 30 minutos. Se recomienda que tenga a la mano cantidad posible de los documentos que se enumeran a continuación para ayudarle a completar la solicitud y obtener la categoría de inscripción activa.

Documentos recomendados (si corresponde):

- Comprobante de domicilio: *documentos (constancia del lugar donde vive), debe ser en Arizona*
- Documentación relativa a los ingresos: *documentos que acrediten sus ingresos y los de todos los miembros de su familia*
- Pruebas de laboratorio recientes: *informe de su carga viral dentro de los últimos 6 meses*
- Carta de determinación de AHCCCS (AHCCCS es Medicaid de Arizona)
- Carta de aprobación o de negación de la Ayuda Adicional / el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) de Medicare con base en los niveles de ingreso actuales
- Resumen de coberturas, períodos de inscripción, costos del plan, etc., para todos los planes de salud ofrecidos por un empleador
- Tarjetas médicas, dentales y de medicamentos recetados
- **Únicamente para los nuevos solicitantes**, junto con su solicitud rellena, se requiere incluir el formulario de Adición del nuevo solicitante y una prueba de su diagnóstico

En caso de que nuestros especialistas en elegibilidad lo consideren necesario para ayudar a determinar su elegibilidad para los servicios del Programa Ryan White de Arizona, se podrá solicitar que se presenten para su revisión otros documentos, además de los enumerados anteriormente.

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de elegibilidad llamando al 602-364-3610.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre legal completo:

Primer nombre legal Segundo nombre Apellido legal

Mi primer nombre preferido y mi primer nombre legal son el mismo.

Mi primer apellido preferido y mi primer apellido legal son el mismo.

Nombre preferido:

Primer nombre preferido Apellido preferido

¿Ha utilizado algún otro nombre?

Indique cualquier otro nombre o apellido que haya utilizado o con el que se le conozca, es decir, nombre y apellido de soltero, nombre y apellido legal anterior, etc.

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

¿Tiene un número de Seguro Social válido?

Sí
 No

Número de Seguro Social (SSN):

_____ *La información del SSN no se utiliza para la determinación de elegibilidad. Se utiliza para verificar los ingresos, la elegibilidad para AHCCCS y/o verificar la cobertura de Medicare*

¿Tiene una Licencia de conducir de Arizona o una Tarjeta de identificación de Arizona?

Sí
 No

No. de Licencia de conducir de Arizona o No. Identificación de Arizona:

Su idioma preferido:

Inglés Francés Otro: _____

Español Lengua de señas americana

¿Qué sexo le asignaron al nacer? Masculino
 Femenino

¿Con qué género se identifica? Masculino Femenino No binario
 Hombre trans Mujer trans

Solicitud para Ryan White y ADAP de Arizona

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION

Por favor, revise y escriba sus iniciales en cada declaración:

- _____ Puedo calificar para los servicios financiados por Ryan White incluso si tengo otro seguro.
- _____ Informaré de cualquier cambio en los ingresos de mi hogar, mi dirección y otras cuestiones que puedan afectar mis servicios. De lo contrario, es posible que no reúna los requisitos o que tenga que volver a pagar el Programa Ryan White.
- _____ La información proporcionada en esta solicitud es precisa y completa a mi leal saber y entender. Cualquier dato no comunicado puede impedir, retrasar una decisión sobre mi elegibilidad o dar lugar a la pérdida de ésta.
- _____ Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad, derechos/responsabilidades del cliente y política de quejas del cliente en relación con el Programa Ryan White, según corresponda.
- _____ Mi inscripción puede ser cancelada si muestro una conducta violenta o amenazante hacia cualquier representante del Programa Ryan White/ADAP.

Yo, _____, autorizo a Care Directions, Arizona School of Dentistry and Oral Health, Chicanos Por La Causa, Ebony House, Valleywise Health, Maricopa County Department of Public Health, Phoenix Indian Medical Center, Southwest Center for HIV/AIDS, Sun Life, Terros Health, RipplePHX, beneficiarios y/o contratistas del Programa Ryan White contra el VIH/SIDA, a todos los beneficiarios y/o contratistas de la Parte B del Programa Ryan White, a todas las organizaciones comunitarias asociadas de la Red Rapid Start, a SAAF/Delta Dental y a ADAP a divulgar mi información médica protegida (PHI) y otra información de mis registros a cualquier beneficiario o contratista del Programa Ryan White sobre el VIH/SIDA (RWHAP) que opere en el estado de Arizona.

El propósito de la divulgación es permitir que los beneficiarios y/o contratistas del programa RWHAP intercambien mi información médica protegida u otra información de mis registros con los contratistas y beneficiarios del Programa Ryan White para los fines de:

- Continuidad de atención, tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluyendo elegibilidad, información demográfica, pago de primas y copagos de seguro médico, tratamiento de emergencia y/o pagos a contratistas u otra información necesaria para fines estadísticos;
- Informes obligatorios, incluidos informes de datos del cliente;
- Divulgaciones requeridas por la ley;
- Procesos y procedimientos legales;
- Supervisión que incluye revisiones de control de calidad y auditorías de los servicios prestados financiados por Ryan White;
- Divulgación a médico forense;
- Divulgación de enfermedades de notificación obligatoria por ser de importancia para la salud pública;
- Inclusión en sistemas de datos compartidos para la elaboración de informes demográficos, de elegibilidad y otros informes estadísticos;
- Si en el transcurso de la prestación de servicios a un cliente, un beneficiario o contratista del programa RWHAP identifica información que podría ser perjudicial para el cliente o para el público, el proveedor podrá comunicar dicha información a las autoridades competentes.

De ser necesario para los fines arriba indicados, autorizo la divulgación de la siguiente información hasta final de mes, un (1) año a partir de la fecha de mi firma a continuación:

- Información sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles, incluida consejería y pruebas del VIH;
- Información sobre tratamientos conductuales, de salud mental o psiquiátricos; y/o
- Información sobre tratamiento para uso de sustancias.

A menos que revoque esta autorización antes de tiempo, expirará a final de mes, un (1) año a partir de la fecha de mi declaración a continuación. También entiendo que mi revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Para revocar esta autorización, debo presentar una solicitud por escrito a las siguientes agencias:

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

O

Arizona Department of Health Services, 150 N. 18th Ave, Suite 280, Phoenix, AZ 85007, careandservices@azdhs.gov

Libero a todos los beneficiarios y contratistas del Programa Ryan White, a sus empleados, funcionarios, directores, personal médico y representantes frente a toda responsabilidad legal por la divulgación de información conforme a lo indicado y autorizado en esta Autorización. También entiendo que los beneficiarios y contratistas del Programa Ryan White mantendrán la confidencialidad de mi información médica protegida (PHI) u otra información que proporcione, y que utilizarán mi información médica protegida o la otra información que proporcione únicamente para los fines mencionados anteriormente.

Al colocar mi firma a continuación, reconozco y comprendo las declaraciones anteriores.

Nombre del Solicitante

Firma

Fecha de hoy

Solicitud para Ryan White y ADAP de Arizona

INFORMACION DE CONTACTO

NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO

No tengo un número de teléfono para proporcionar en este momento

¿Cuál es su número de teléfono principal? _____

Tipo de teléfono: Casa Móvil Trabajo

¿Podemos dejar mensajes? Sí No ¿Qué tipo de mensaje podemos dejar? Básico Detallado

NÚMERO DE TELÉFONO ADICIONAL

¿Hay algún otro número de teléfono al que podemos contactarlo? _____

Tipo de teléfono: Casa Móvil Trabajo

¿Podemos dejar mensajes? Sí No ¿Qué tipo de mensaje podemos dejar? Básico Detallado

DOMICILIO

Tengo una vivienda estable.

Tengo una vivienda temporal.

Tengo una vivienda inestable.

Qué situación describe mejor su situación de vivienda actual:

- ¡Si no está seguro cuál opción de vivienda elegir, llámenos, nosotros le ayudamos!
- Si tiene una vivienda inestable o temporal y no tiene una dirección postal permanente, al menos indíquenos la ciudad, el código postal y el condado donde normalmente radica.

Solicitante tiene vivienda temporal o inestable y no tiene otra documentación de domicilio y es residente del Estado de Arizona

¿Cuál es la dirección de su casa? _____

(No olvide incluir su número de departamento, número de lote, etc.)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado de Arizona: _____

¿Está bien que le enviemos el correo postal a esta dirección? Sí No Si indica SÍ, avance a la Dirección de Envío

DIRECCION POSTAL

¿Cuál es su dirección postal? _____

(No olvide incluir su número de departamento, número de lote, etc.)

Ciudad postal: _____ Estado postal: _____ Código postal: _____

Reconocimiento de ausencia de dirección postal Entiendo que si no proporcionar una dirección postal, debo proporcionar una dirección de correo electrónico para recibir notificaciones y comunicaciones sobre el programa Ryan White y/o ADAP.

DIRECCIÓN DE ENVÍO

¿Cuál es la dirección de envío exclusiva para sus medicamentos?

Igual a la dirección de casa Igual a la dirección postal Otra dirección Sin dirección de envío

(Indíquelo a continuación) (Reconocimiento completo a continuación)

¿Cuál es su dirección de envío? _____

(No olvide incluir su número de departamento, número de lote, etc.)

Ciudad de envío: _____ Estado de envío: _____ Código postal de envío: _____

Reconocimiento de ausencia de dirección de envío Entiendo que al no proporcionar una dirección de envío, de ser necesario, debo recoger mis medicamentos en la farmacia de ADAP aprobada, en persona.

PREGUNTAS ADICIONALES

¿Cuál es su correo electrónico? _____ ¿Le podemos enviar correo electrónico? Sí No

¿Cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted? Teléfono primario Persona de contacto alternativa Dirección postal Teléfono adicional Manejador de casos Correo electrónico

Indique cualquier información que desee que sepamos sobre cómo ponernos en contacto con usted: _____

Solicitud para Ryan White y ADAP de Arizona

EQUIPO DE ATENCIÓN

CONTACTO ALTERNATIVO

¿Si no podemos ponernos en contacto con usted, hay alguien con quien podamos hablar sobre su estado de elegibilidad para Ryan White?

Sí No

Si indica **NO**, avance a **Manejador de Casos**

¿Podemos dejar mensajes? Sí No

¿Qué tipo de mensaje podemos dejar? Básico Detallado

¿Cuál es el nombre de esta persona? _____

¿Sabe esta persona sobre su estado de VIH? Sí No

¿Cuál es su número de teléfono? _____

¿Cuál es su relación con esta persona? Pareja Esposo/a Hijo/a Padre/Madre Amigo/a

Otro: _____

MANEJADOR DE CASOS

¿Tiene asignado un manejador de casos de Ryan White? Sí No

Si no tiene uno asignado, ¿le gustaría que se le asigne? Sí No

¿Quién es su manejador de casos de Ryan White? _____

¿Con qué agencia trabaja? _____

¿Cuál es el número telefónico de su manejador de casos? _____

ATENCIÓN MÉDICA PARA VIH

¿Dónde recibe su atención médica para el VIH? _____

No tengo un médico especialista en VIH en este momento

¿Quién es su médico especialista en VIH? _____

¿Cuál es su número de teléfono? _____

¿Cuál es su número de fax? _____

¿Ha estado en tratamiento de VIH anteriormente? Sí No

Si indica **SÍ**, responda las siguientes preguntas

¿Cuál es el nombre del último doctor que le atendió para el VIH? _____

¿Cuál es su número de teléfono? _____

Solicitud para Ryan White y ADAP de Arizona

HOGAR E INGRESOS

En este apartado, se pregunta únicamente por los dependientes (personas a su cargo) deducibles de impuestos. Normalmente, los dependientes deducibles de impuestos son su esposo/a legal, pareja de hecho, hijos biológicos/adoptivos o personas a las que usted proporciona (o que le proporcionan) el 50% o más del sustento económico. Aunque no declare impuestos, responda a las preguntas como si fuera a declararlos al IRS.

➤ **¿Cuántas personas viven en su casa, incluido usted?**

Enumere a cada persona en la tabla a continuación. Si necesita más espacio, rellene una hoja aparte y envíela con su solicitud

TABLA DE INFORMACIÓN SOBRE INTEGRANTES DEL HOGAR								
	Primer nombre del miembro del hogar	Apellido del miembro del hogar	Relación*	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	¿Es esta persona un dependiente deducible de impuestos?		¿Recibe esta persona ingresos de alguna fuente?	
1	Solicitante	Solicitante	Yo mismo		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

*Si el parentesco del miembro del hogar = esposo/pareja, ¿está legalmente casado? Sí No

Miembro del hogar	¿De qué fuente procede este formulario?*	¿Nombre de la empresa/fuente de ingreso?	Fecha de la última percepción de ingresos	Importe bruto (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia recibe dinero de esta fuente?			
	Enumere cada fuente de ingresos de cada miembro del hogar por separado				Semanalmente	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensualmente
				\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente
				\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente
				\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente
				\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente
				\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente

**Ejemplos de fuentes: Empleo, Seguro Social, subsidio por incapacidad del Seguro Social, beneficios para veteranos, trabajo por cuenta propia, jubilación, pensión, inversiones, etc.

Solicitud para Ryan White y ADAP de Arizona

HOGAR E INGRESOS (continúa)

Para cada miembro del hogar, necesitamos documentos que respalden la fuente de ingresos que informo.

Proporcione un mínimo de **UN MES CONSECUTIVO** de documentos, para cada fuente de ingresos informada.

- Los documentos deben estar expedidos dentro de los plazos permitidos.
- Adjunte copias a esta solicitud.

Documentos de fuentes de ingresos aprobados (presente TODOS los que procedan)
❖ Carta de concesión anual - Seguro Social, Administración de Veteranos, pensión anual, etc.; año en curso y vigente
❖ Otra carta de concesión - TANF, Seguro de desempleo, etc.; período actual y vigente
❖ 1 mes de talones de cheques - si no se reciben talones de cheques, puede presentarse una declaración del empleador
❖ Declaraciones de impuestos federales del período vigente: presentadas dentro del último año y que representen con precisión los ingresos actuales y esperados
❖ Comprobante de inscripción actual en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) y formulario de confirmación de datos de AHCCCS
❖ Declaración de ausencia de ingresos - incluida abajo
❖ Registros de trabajo por cuenta propia <ul style="list-style-type: none"> ➤ Declaraciones de impuestos federales completas más recientes (presentadas en el último año y que representen con precisión los ingresos actuales y esperados) ➤ Mínimo de 3 meses de estados de pérdidas y ganancias ➤ Otros documentos justificativos de ingresos/gastos: extractos bancarios, extractos de tarjetas de crédito, recibos, etc. ➤ Hoja de trabajo y declaración de ingresos para personas que trabajan por cuenta propia/ingresos no tradicionales: solo usar si no hay otros documentos disponibles, se puede encontrar en www.azadap.com
❖ Otra fuente de ingresos no mencionada anteriormente

Nombre del miembro del hogar	Declaración de ausencia de ingresos - Rellenar por cada miembro del hogar que haya declarado no tener ingresos.
1	<input type="checkbox"/> Doy fe de que no tengo ingresos de ninguna de las fuentes mencionadas y recibo apoyo de familiares, amigos o programas de asistencia para satisfacer mis necesidades básicas como alimento y vivienda.
2	<input type="checkbox"/> Doy fe de que, a mi leal saber y entender, este miembro del hogar no percibe ingresos de ninguna fuente. Recibe ayuda de familiares, amigos o programas de asistencia para cubrir sus necesidades básicas, como comida y vivienda.
3	<input type="checkbox"/> Doy fe de que, a mi leal saber y entender, este miembro del hogar no percibe ingresos de ninguna fuente. Recibe ayuda de familiares, amigos o programas de asistencia para cubrir sus necesidades básicas, como comida y vivienda.
4	<input type="checkbox"/> Doy fe de que, a mi leal saber y entender, este miembro del hogar no percibe ingresos de ninguna fuente. Recibe ayuda de familiares, amigos o programas de asistencia para cubrir sus necesidades básicas, como comida y vivienda.
5	<input type="checkbox"/> Doy fe de que, a mi leal saber y entender, este miembro del hogar no percibe ingresos de ninguna fuente. Recibe ayuda de familiares, amigos o programas de asistencia para cubrir sus necesidades básicas, como comida y vivienda.

Solicitud para Ryan White y ADAP de Arizona

SEGURO MÉDICO

*Si está afiliado a algún tipo de seguro,
incluya copias del anverso y reverso de sus tarjetas de seguro.*

OTROS PROGRAMAS DE SEGURO MÉDICO OFRECIDOS POR EL GOBIERNO

¿Está inscrito en los Servicios de Salud para Indígenas (IHS)? Sí No

¿Está inscrito en los Servicios para Veteranos (VA)? Sí No

Medicaid de Arizona - AHCCCS (El Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona)

¿Está inscrito actualmente en Medicaid de Arizona - AHCCCS? Sí No

- En función de los ingresos que se perciban en su hogar, puede reunir los requisitos para inscribirse en Medicaid de Arizona. Si al parecer reúne los requisitos, pero no está inscrito en un plan de seguro de Medicaid, un miembro del personal se pondrá en contacto con usted para ayudarle a solicitar la inscripción en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS).

MEDICARE

¿Está inscrito actualmente en Medicare? Sí No

Si su respuesta es No, ¿ha estado inscrito alguna vez en la Parte A, la Parte B o la Parte D de Medicare, pero no lo está ahora? Sí No

- Si su respuesta es Sí, explique la pérdida de la cobertura de Medicare. Por favor, sea lo más detallado posible. Si necesita más espacio para explicar, por favor, utilice una hoja de papel adicional o el formulario de exposición de los hechos (este formulario se puede encontrar en www.azadap.com).

Si su respuesta es Sí, indique en qué Partes de Medicare está inscrito:

- Parte A de Medicare Parte B de Medicare Parte D de Medicare
 Plan Medicare Advantage Medicare Supplemental

- En función de los ingresos de su hogar, es posible que reúna los requisitos para beneficiarse de la Ayuda Adicional del Seguro Social para afrontar los gastos del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Si parece reunir los requisitos, pero no está inscrito en el programa de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), un miembro del personal lo ayudará a solicitar este subsidio.
- Si ha recibido el subsidio por incapacidad del Seguro Social durante 24 meses, puede reunir los requisitos para inscribirse en Medicare.

SEGURO MÉDICO BASADO EN EMPLEO

¿Actualmente está inscrito en un seguro médico por parte de su empleador? Sí No

- Si usted (o su esposo/a) están empleados y no están inscritos en Medicaid, Medicare o Seguro médico por su empleador, necesitaremos información acerca de los planes de seguro médico ofrecidos por su empleador.
 - Si no está inscrito, por favor entregue un Resumen de cobertura, períodos de inscripción, costo de plan, etc. para todos los planes de seguro médico ofrecidos por el empleador. También podemos solicitar al empleador que llene el Formulario de verificación de beneficios (BVF) localizado en www.azadap.com.
 - Si está inscrito, incluya el resumen de beneficios de su plan.

SEGURO DEL MERCADO FACILITADO FEDERALMENTE (FFM)

- Si está inscrito en Medicare o AHCCCS, generalmente no es elegible para un seguro a través del Mercado Facilitado Federalmente (FFM).

¿Está inscrito actualmente en un plan del Mercado Facilitado Federalmente? Sí No

Solicitud para Ryan White y ADAP de Arizona

SEGURO MÉDICO (continúa)

SEGURO INDIVIDUAL PRIVADO

¿Está inscrito en alguna otra cobertura de seguro de salud? Sí No

Si indica SÍ, por favor indique de dónde es la cobertura médica:

- COBRA Plan de salud para estudiantes Plan privado/Fuera del Mercado
 Plan para padres Otro: _____

- Si está inscrito, por favor incluya el resumen de beneficios de su plan.

Seguro dental

¿Está inscrito en algún seguro dental que no sea el programa Delta Dental de Ryan White? Sí No

Si indica SÍ, ¿su cobertura dental es a través de una póliza de Medicare? Sí No

El programa Dental de Ryan White puede ayudarlo a pagar los costos dentales.

¿Desea inscribirse en el programa Dental de Ryan White si es elegible? Sí No

PÉRDIDA DEL SEGURO

¿Ha perdido o prevé perder su seguro en los últimos/próximos 60 días? Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿en qué fecha finalizó o está previsto que finalice esta cobertura? _____

¿A través de dónde fue esta cobertura? _____

¿Por qué terminó/está terminando esta cobertura? _____

DERIVACIONES

¿Ha visto a su proveedor de atención médica en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si indica NO, ¿Le gustaría una referencia a servicios de atención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Le han realizado análisis de laboratorio en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si indica NO, ¿Le gustaría una referencia a servicios de atención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene medicamentos para el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si indica NO, ¿Le gustaría una referencia a servicios de atención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es estable su capacidad para satisfacer sus necesidades de la vida diaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si indica NO, ¿Le gustaría una referencia a servicios de atención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene recursos de transporte para satisfacer sus necesidades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si indica NO, ¿Le gustaría una referencia a servicios de atención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas de estrés y/o depresión en su vida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si indica SÍ, ¿Le gustaría una referencia a servicios de atención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas con las adicciones o el uso de sustancias en su vida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si indica SÍ, ¿Le gustaría una referencia a servicios de atención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Solicitud para Ryan White y ADAP de Arizona

GUÍA DE DOCUMENTOS DE APOYO

Incluya todos y cada uno de los documentos requeridos, así como los documentos que crea que serán útiles, incluso si no figuran en los ejemplos. Tenga en cuenta que la lista de ejemplos no es una lista completa y exhaustiva. Si no está seguro de si debe presentar algún documento, llame a nuestra oficina al 602-364-3610.

EJEMPLOS DE DOCUMENTOS QUE DEMUESTRAN DOMICILIO EN ARIZONA

- Carta de concesión de ingresos anuales de un organismo público o una pensión – *expedida para el año en curso*
- Hipoteca, contrato de arrendamiento/alquiler o carta de vivienda no permanente: *la más reciente, vigente*
- Cualquier documento o correo con el nombre y la dirección del cliente – *emitido dentro de los últimos 60 días*
 - Algunos ejemplos son, entre otros: *Cartas del Departamento de Servicios Económicos (DES), Administración del Seguro Social (SSA), Medicare, factura de servicios públicos, extracto bancario, otras facturas, talones de cheques, etc.*
- Licencia de conducir o tarjeta de identificación de ARIZONA, Registro ADOT vigente - *emitida en el último año*
- Inscripción a tribu: *la más reciente, vigente*
- Tarjeta de identificación para inmigrantes de EE. UU., *más reciente, vigente*
- Comprobante de inscripción actual en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) y formulario de confirmación de datos de AHCCCS

DOCUMENTOS DE FUENTES DE INGRESOS APROBADOS

- Carta de concesión anual – *Seguro Social, Administración de Veteranos, pensión anual, etc.; año en curso y vigente*
- Otra carta de concesión - TANF, Seguro de desempleo, etc.; período actual y vigente
- 1 mes de talones de cheques - si no se reciben talones de cheques, puede presentarse una declaración del empleador
- Declaraciones de impuestos federales del período vigente: presentadas dentro del último año y que representen con precisión los ingresos actuales y esperados
- Comprobante de inscripción actual en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) y formulario de confirmación de datos de AHCCCS
- Registros de trabajo por cuenta propia
 - Declaraciones de impuestos federales completas más recientes (presentadas en el último año y que representen con precisión los ingresos actuales y esperados)
 - Mínimo de 3 meses de estados de pérdidas y ganancias
 - Otros documentos justificativos de ingresos/gastos: *extractos bancarios, extractos de tarjetas de crédito, recibos, etc.*
 - Hoja de trabajo y declaración de ingresos para personas que trabajan por cuenta propia/ingresos no tradicionales: ***solo usar si no hay otros documentos disponibles, se puede encontrar en www.azadap.com***
- Atestación de ausencia de ingresos, *incluido en la aplicación - página 6*
- Otra fuente de ingresos no mencionada anteriormente

DOCUMENTOS DE LABORATORIO Y DIAGNÓSTICO

La documentación de diagnóstico solo se requiere para los nuevos solicitantes

- Resultados de análisis de laboratorio de carga viral (copia del informe de análisis de carga viral realizado en los últimos 6 meses o Página del proveedor médico (MPP) si no está disponible a través de la verificación del Sistema de vigilancia del VIH)
- Documentación confirmatoria
 - Pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico
 - Informe de laboratorio que muestre que se detectó una carga viral cuantificable
 - Página de proveedor médico (MPP) completada y firmada por un médico con privilegios de prescripción, se puede encontrar en www.azadap.com
- Documentación preliminar
 - Prueba de detección preliminar positiva
 - Copia de la receta para el tratamiento antirretroviral

Solicitud para Ryan White y ADAP de Arizona

GUÍA DE DOCUMENTOS DE APOYO (continúa)

DOCUMENTOS DE SEGURO QUE PUEDEN SER NECESARIOS

AHCCCS (El Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona)

- Carta de determinación actual de AHCCCS; carta de aprobación, carta de negación **(TODAS las páginas)**
- Copia de solicitud de servicios de AHCCCS
- Copias de la tarjeta de AHCCCS

MEDICARE

- Carta de elegibilidad/inelegibilidad de Medicare
- Confirmación de inscripción en Medicare Parte A, Medicare Parte B, Medicare Parte D o Advantage Plan
- Copia de la solicitud de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) para ayuda con los costos del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare
- Carta de determinación de subvención por bajos ingresos (Low-Income Subsidy LIS); *carta de aprobación, carta de negación que refleja los niveles de ingreso actuales*
- Copias de las tarjetas de seguro médico de Medicare A/B, Medicare D, Medicare Suplementario, Medicare Advantage

EMPLEADOR

- Comprobante de afiliación
- Información sobre el plan de seguro (por cada plan en el que esté inscrito o que ofrezca un empleador)
 - Resumen de beneficios
 - Costo de las coberturas para empleados
 - Fecha/período de inscripción
 - Fechas de vigencia de los planes en los que esté inscrito
 - Detalles de medicamentos recetados/Formulario de medicamentos
- Formulario/s de verificación de beneficios (por cada empleador), se puede encontrar en www.azadap.com
- Herramienta/s de cobertura del empleador (por cada empleador, se puede encontrar en www.healthcare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf)

SEGURO DEL MERCADO FACILITADO FEDERALMENTE (FFM)

- Copia de la notificación de elegibilidad del FFM, que incluye:
 - Selección del plan
 - Costo de la prima del plan
 - Monto del Crédito tributario anticipado para la prima (APTC)
- Estado/actualización de la apelación
- Declaración jurada de entendimiento para las personas inscritas en un plan de salud del mercado facilitado federalmente (FFM), se puede encontrar en www.azadap.com
- Declaración de impuestos federales más reciente y completa (como se presentó ante el IRS) **(TODAS las páginas)**

SOLAMENTE NUEVOS SOLICITANTES

- Anexo para nuevos solicitantes [New Applicant Addendum], se puede encontrar en www.azadap.com

OTROS FORMATOS

- Explicación de los hechos [Statement of Fact (SOF)], disponible en www.azadap.com