

Admisión/Revisión anual de la elegibilidad

Confidencial: este formulario se debe guardar en una red segura a la que solo pueda acceder el personal financiado por Ryan White

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera, sin cargo. Comuníquese con la oficina de Servicios Comunitarios a través de community.services@odhsoha.oregon.gov o al 503-975-4642 (voz/texto). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Admisión inicial Fecha de finalización: _____

Revisión anual Fecha de finalización: _____

Número de Seguro Social: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información personal

Apellido legal: _____ Inicial del 2.º nombre: _____

Primer nombre legal: _____

Otros nombres que usa: _____

Pronombre:

Ella/la Él/lo Ellx/ellxs/le Elle/elles/le Otro: _____

Dirección (si no tiene hogar, complete la Declaración jurada de sin vivienda o residencia):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Podemos enviarle correo postal? Ingresar en CAREWare Sí No

Dirección postal (si es distinta): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Podemos enviarle correo postal? Ingresar en CAREWare Sí No

Número de teléfono de la casa: _____

¿Podemos dejar mensajes? Sí No

Número de teléfono celular: _____

¿Podemos dejar mensajes? Sí No

¿Podemos enviar mensajes de texto? Sí No

Número de teléfono para mensajes: _____

¿Podemos dejar mensajes? Sí No

Nombre del contacto del teléfono para mensajes y relación con la persona: _____

¿Se archivó una Divulgación de Información (ROI) vigente?¹ Sí No

Correo electrónico: _____

¿Podemos enviar mensajes de correo electrónico? Sí No

Si no se establece contacto por teléfono ni por correo postal, indique el plan para revisión de la elegibilidad: _____

Contactos claves

Contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

¿Conoce su estado como portador del VIH? Sí No

¿Podemos dejar mensajes? Sí No

¹ En la Divulgación de Información (ROI), especifique qué tipo de información se puede compartir

¿Tiene a un beneficiario? Sí No

Si la respuesta es “sí”, nombre del beneficiario: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

¿Se obtuvo una Divulgación de Información (ROI)? Sí No

Médico de atención primaria: _____

Nombre de la clínica: _____

Número de teléfono: _____

Farmacéutico: _____ Número de teléfono: _____

Especialista en VIH: _____

Nombre de la clínica: _____

Número de teléfono: _____

Dentista: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de la clínica: _____

¿Sexo asignado al nacer? Masculino Femenino

Identidad de género:

Hombre Mujer Transgénero (de hombre a mujer)

Transgénero (de mujer a hombre) Otro: _____

Origen étnico y raza:

Hispano o latino No hispano ni latino

Blanco o caucásico Negro o afroestadounidense Asiático

Indígena de Hawái o de las islas del Pacífico

Indígena estadounidense o de Alaska

Otro (especifique): _____

Si es hispano o latino:

Mexicano, mexicano estadounidense, chicano/a Puertorriqueño
Cubano Otro origen hispano

Si es asiático:

Indio asiático Chino Filipino Japonés
Coreano Vietnamita Otro origen asiático

Si es indígena de Hawái o de las islas del Pacífico:

Indígena de Hawái Guameño o chamorro Samoano
De otras islas del Pacífico

Idioma principal (ingresar en CAREWare): _____

Díganos si necesita:

Un intérprete:

El idioma que hablo:

Inglés Español Otro (especifique): _____

Un intérprete de lengua de señas

Materiales escritos traducidos al (qué idioma):

Inglés Español Otro (especifique): _____

Materiales en:

Cinta de audio Letra grande Braille

Disco para computadora Presentación oral

Diagnóstico e identidad (solo para admisión)

Se deben presentar copias de toda la documentación junto con este formulario y la agencia del proveedor debe conservarlas.

Solo para la admisión inicial

Diagnóstico de VIH positivo

Se requiere únicamente al momento de la admisión.

Fecha del diagnóstico de VIH: _____

Documentación presentada. Marque una opción:

Cliente actual de CAREAssist (antes de la inscripción en esta agencia)

Análisis de laboratorio (carga viral, Western Blot, etc.) enviado por el laboratorio o el médico (el análisis de laboratorio no puede mostrar una carga viral como “no detectada”)

Documentación entregada del proveedor de atención médica, quien está brindando la atención médica

Obtenida previamente, está incluida en el expediente del/de la cliente

Documentación de 2 pruebas rápidas de VIH utilizadas para la verificación preliminar y confirmatoria del VIH que cumplan los siguientes criterios:

1. Los kits de pruebas rápidas están elaborados por diferentes fabricantes.
2. La prueba rápida utilizada para la prueba confirmatoria tiene una sensibilidad equivalente.

Verificación de la identidad

Se requiere únicamente al momento de la admisión. El/la cliente debe proporcionar uno de los siguientes documentos:

Licencia de conducir

Identificación tribal

Tarjeta de identificación del estado

Tarjeta del Seguro Social

Ciudadanía/naturalización

Tarjeta de identificación de estudiante

Tarjeta de identificación militar

Pasaporte

Acta de nacimiento

Permiso provisional para conducir

Visa de estudiante

Licencia temporal

Indique otros documentos oficiales?: _____

2 Consulte la “Guía de servicios de apoyo” (Support Service Guide) para conocer cuáles son otros documentos permitidos.

Seguro médico (ingresar en la pestaña “Anual” de CAREWare)

Mercado de Seguros Médicos
Categoría de metal (marque una)

Plan de salud calificado (QHP)

Bronce

Plata

Oro

Platino

Medicare (marque todas las opciones que correspondan):

Parte A

Parte B

Parte D:

Advantage Plan

Subsidio por bajos ingresos

Beneficiario calificado de Medicare

Plan de Salud de Oregon (OHP) - (Medicaid)

Número de OHP: _____

Organización de atención coordinada (CCO): _____

Tarjeta abierta del OHP

Organización de atención administrada (MCO) de doble elegibilidad: _____

Asistencia médica de emergencia para extranjeros sin requisito de ciudadanía o residencia (CAWEM)

Privado

Se compró fuera del Mercado de Seguros Médicos

Póliza de grupo (a través de su empleador o del empleador del su cónyuge/padre o madre)

COBRA (fecha de finalización): _____

Otro seguro público

Número de beneficios de VA : _____

Servicios de salud para indígenas

Sin seguro médico

Remitido al coordinador de casos para completar la solicitud de CAREAssist.
Comentarios:

Para planes del Mercado de Seguros Médicos, de Medicare o de seguros privados:

Compañía de seguros: _____

Nombre del plan: _____

Número de identificación de la póliza: _____

Número del grupo de la póliza: _____

Nombre del titular principal de la póliza: _____

Número de identificación de recetas médicas (si es diferente): _____

Atención médica:

Ninguna Financiada con fondos públicos o por el Departamento de Salud

Consultorio privado Sala de emergencias

Pacientes externos del hospital Otra: _____

CAREAssist:

No Sí: Número de CAREAssist: _____

Si la respuesta es “no”, fecha en que se remitió al coordinador del caso/
coordinador de atención para completar la solicitud de CAREAssist: _____

Seguro dental:

No Sí: Información del plan dental: _____

Si la respuesta es “no” y tiene CAREAssist, fecha en la que se remitió al
coordinador del caso/coordinador de atención para completar el plan de seguro
dental respaldado por CAREAssist: _____

Miembros del grupo familiar que viven con usted

1. Nombre: _____
Relación: _____
¿Cónyuge o dependiente legal? Sí No
Edad: _____
¿Conoce su estado como portador del VIH? Sí No
¿Se necesita una autorización para la divulgación de información (ROI)?
(si se conoce el estado = sí): Sí No
2. Nombre: _____
Relación: _____
¿Cónyuge o dependiente legal? Sí No
Edad: _____
¿Conoce su estado como portador del VIH? Sí No
¿Se necesita una autorización para la divulgación de información (ROI)?
(si se conoce el estado = sí): Sí No
3. Nombre: _____
Relación: _____
¿Cónyuge o dependiente legal? Sí No
Edad: _____
¿Conoce su estado como portador del VIH? Sí No
¿Se necesita una autorización para la divulgación de información (ROI)?
(si se conoce el estado = sí): Sí No
4. Nombre: _____
Relación: _____
¿Cónyuge o dependiente legal? Sí No
Edad: _____
¿Conoce su estado como portador del VIH? Sí No
¿Se necesita una autorización para la divulgación de información (ROI)?
(si se conoce el estado = sí): Sí No
5. Nombre: _____
Relación: _____

¿Cónyuge o dependiente legal? Sí No

Edad: _____

¿Conoce su estado como portador del VIH? Sí No

¿Se necesita una autorización para la divulgación de información (ROI)?

(si se conoce el estado = sí): Sí No

Cantidad de integrantes en la familia (cliente + cónyuge + dependientes legales³)

Ingresar en CAREWare: _____

Nivel federal de pobreza incluido en CAREWare: _____

Verificación de ingresos

Cliente actual de CAREAssist. Si se adjunta una copia del formulario de Verificación de Elegibilidad de CAREAssist (CAREAssist Eligibility Verification, CEV), **no** complete la verificación de ingresos ni la “Declaración jurada de ingresos” que aparece a continuación (actualice la información de CEV en CAREWare)

No es cliente de CAREAssist. Complete la sección de ingresos a continuación. La documentación requerida debe estar en el expediente del/de la cliente.

Sección de ingresos

Tipo de ingresos (marque todas las opciones que correspondan según la Guía de servicios de apoyo)	Persona(s) que percibe(n) ingresos	Ingresos mensuales brutos	Ingreso anuales brutos	Documentación requerida (consulte la Guía de servicios de apoyo para obtener más detalles)
No tiene fuente de ingresos	_____	_____	_____	Cliente sin ingresos: complete la “Declaración jurada de ingresos”

³ Una pareja que no está casada y que esté viviendo con el/la cliente y con quien tenga un/a hijo/a biológico/a o adoptado/a se tiene en cuenta para la cantidad de integrantes en la familia y los ingresos de la familia

Tipo de ingresos (marque todas las opciones que correspondan según la Guía de servicios de apoyo)	Persona(s) que percibe(n) ingresos	Ingresos mensuales brutos	Ingreso anuales brutos	Documentación requerida (consulte la Guía de servicios de apoyo para obtener más detalles)
Otros ingresos del grupo familiar: Cónyuge o pareja que vive con el/la cliente, con quien tiene un hijo legal en común Ingresos del dependiente legal				Consulte a continuación la documentación requerida, según el tipo de ingresos y el tipo de lista:
Ingreso laboral (salarios, propinas, comisiones, bonos)				Recibos de pagos de 2 meses consecutivos o estados de cuentas de ingresos para todos los trabajos

Tipo de ingresos (marque todas las opciones que correspondan según la Guía de servicios de apoyo)	Persona(s) que percibe(n) ingresos	Ingresos mensuales brutos	Ingreso anuales brutos	Documentación requerida (consulte la Guía de servicios de apoyo para obtener más detalles)
Ingresos por trabajo por cuenta propia				Declaración de impuestos federales más reciente, incluyendo el formulario "Schedule C" (si se presentó) Y Estados de cuentas bancarias de los últimos 6 meses O si no están disponibles: Registros comerciales para los 6 meses anteriores a la inscripción/ recertificación
Número de Seguro Social: Jubilación SSDI Beneficios para sobrevivientes SSI				Carta de concesión de beneficios anuales
Ingresos de pensión privada/ del empleador o de jubilación (que no es del Seguro Social)				Carta/declaración de concesión de beneficios anuales

Tipo de ingresos (marque todas las opciones que correspondan según la Guía de servicios de apoyo)	Persona(s) que percibe(n) ingresos	Ingresos mensuales brutos	Ingreso anuales brutos	Documentación requerida (consulte la Guía de servicios de apoyo para obtener más detalles)
Beneficios por desempleo				Comprobantes de remuneraciones
Beneficios por discapacidad por parte del empleador: A corto plazo (STD) A largo plazo (LTD)				Recibos de remuneraciones O Carta/declaración de concesión de beneficios
Beneficios para veteranos				Carta de concesión de beneficios anuales
Acciones, bonos, dividendos en efectivo, fideicomiso, ingresos por inversión, regalías				Documentación de una institución financiera que muestre los ingresos recibidos, valores, términos y condiciones
Pensión alimentaria Manutención infantil (recibida de forma periódica o predecible)				Carta/declaración de concesión de beneficios O Documento oficial que muestre la cantidad recibida regularmente

Tipo de ingresos (marque todas las opciones que correspondan según la Guía de servicios de apoyo)	Persona(s) que percibe(n) ingresos	Ingresos mensuales brutos	Ingreso anuales brutos	Documentación requerida (consulte la Guía de servicios de apoyo para obtener más detalles)
Ingresos por alquiler				Declaración de impuestos federales más reciente, incluyendo el formulario "Schedule E" (si se presentó) Y Estados de cuenta bancaria de los últimos 3 meses
Otro: _____				Documento: _____
Total:		Mensual: _____	Ingresar en CW Anual: _____	

Verificación de residencia

Cliente actual de CAREAssist. Si se adjunta una copia del formulario de Verificación de Elegibilidad de CAREAssist (CAREAssist Eligibility Verification, CEV), **no** complete la verificación de residencia ni la “Declaración jurada de sin vivienda/residencia” (actualice el domicilio de CEV en CAREWare)

No es cliente de CAREAssist. El/la cliente debe proporcionar uno de los siguientes **documentos vigentes**, los cuales deben incluir el nombre legal completo del/de la cliente y debe coincidir con el domicilio residencial en este formulario (actualizar el domicilio en CAREWare)

El/la cliente no tiene vivienda. Complete la Declaración jurada de residencia

El/la cliente no tiene comprobantes de residencia y no está en CAREAssist.

Complete la Declaración jurada de residencia

Licencia de conducir del estado de Oregon, identificación tribal o identificación del estado de Oregon

Factura de servicios públicos (incluido de telefonía celular)

Contrato de arrendamiento, documento/acuerdo de hipoteca de alquiler o de crédito hipotecario

Documento actual del impuesto a la propiedad

Tarjeta vigente de registro de votante de Oregon

Carta del/de la compañero/a de vivienda que es titular en el contrato de arrendamiento⁴

Copia de la carta/documentación de asistencia pública/beneficios (SSI, SSDI, TANF, etc.)

Recibos de cheques de pago

Comprobante de identidad de Tribunal de correcciones

⁴ Debe incluir el nombre y el domicilio del titular del contrato de arrendamiento, que deben coincidir con los datos que figuran en la solicitud del/de la cliente, la relación con el/la cliente y el número de teléfono del titular del contrato de arrendamiento.

Estado de cuenta de la asociación de propietarios

Documentos Asuntos Militares/de Veteranos

Título o tarjeta de registro del vehículo de Oregon

Cualquier documento emitido por una institución financiera que incluya el domicilio de residencia, como un estado de cuenta bancaria, un estado de cuenta de un préstamo, un estado de cuenta de un préstamo estudiantil, un estado de cuenta de dividendos, una factura de tarjeta de crédito, un documento de crédito hipotecario, documentos de cierre de la compra/venta de una vivienda, un estado de cuenta de jubilación, etc.

Carta de aprobación del Hospital Estatal de Oregon, de un albergue para personas sin vivienda, de un proveedor de servicios de transición o de un hogar de transición

Carta con membrete de la empresa de un/a empleador/a que certifique que el/la cliente vive en un domicilio residencial no comercial propiedad de la empresa o corporación

Comentarios adicionales

Firmas

La firma del miembro del personal a continuación significa que toda la documentación que se ha obtenido y archivado en el expediente del/de la cliente y/o que se ha ingresado en CAREWare antes de que la admisión y/o revisión de la elegibilidad se considera completa. Los datos y los servicios anuales de CAREWare coinciden con las siguientes fechas.

Nombre y credenciales del personal

Fecha