

Patient Name: _____	
MRN: _____	CSN: _____
D.O.B: _____	Admit Date: _____



RYAN WHITE PROGRAM

Atestación de Cambios de Elegibilidad (cada 6 meses)

El Programa del THMP requiere que usted actualice su elegibilidad cada seis meses. Por favor conteste todas las preguntas a continuación y proporcione los documentos necesarios sobre cualquier cambio que haya habido en sus ingresos, en el estado de su seguro médico o en su residencia. El THMP requiere que regrese esta información para la fecha anotada en la carta adjunta.

<b>Nombre:</b>	<b>Número telefónico:</b>
<b>Número del Seguro Social:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b><u>Dirección de domicilio</u></b> (Favor de anotar su dirección actual)	
<i>Si se mudó, favor incluya una copia de su licencia de conducir con su nuevo domicilio, o la factura de un servicio público, contrato de renta u otra documentación de su nuevo domicilio</i>	
<b><u>Ingresos (incluidos los ingresos de su cónyuge legal si es casado (a) o de su pareja de Unión Libre) .....</u></b>	
<input type="checkbox"/> No tengo/tenemos ingresos <input type="checkbox"/> Mis/Nuestros ingresos no han cambiado <input type="checkbox"/> Mis/nuestros ingresos han cambiado	<i>Si sus ingresos han cambiado desde su última renovación, favor incluya la documentación apropiada de su transcripción de la declaración de impuestos, dos talones de pago de salario consecutivos, una carta del Seguro Social o un documento que compruebe el cambio o si no tiene ingresos, favor de completar el formulario Declaración de Manutención.</i>
<b><u>Estado de Seguro Médico</u></b>	
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Parte D	<input type="checkbox"/> Plan médico ACA <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Ningún tipo de seguro
<i>Si tiene cobertura de seguro médico de algún tipo, por favor incluya copias del frente y el reverso de sus tarjetas de seguro.</i>	
<b>Firma del cliente o del administrador del caso:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
<i>Certifico que mi firma en este formulario indica que la información proporcionada es exacta y completa a mi leal saber y entender.</i>	
<b>*Las atestaciones en persona deben estar firmadas por el cliente. Las atestaciones que no sean en persona deben incluir el nombre, la firma y el nombre de la agencia del administrador del caso que llene el formulario.</b>	
<b>Administrador del Caso:</b> _____	<b>Agencia/Programa:</b> _____
<b># de teléfono</b> _____	<b># de fax</b> _____