



Formulario de actualización de elegibilidad del cliente

| |
|--------------|
| Fecha |
| |

| |
|-----------------------------------|
| Formulario completado por: |
| <input type="checkbox"/> RWP A |
| <input type="checkbox"/> RWP B |

Los Programas Ryan White (RWP) parte A y B en Florida exigen que la elegibilidad del cliente sea revisada y confirmada cada año. Este formulario de actualización de elegibilidad del cliente permite a los clientes existentes enviar información a su agencia de elegibilidad o de administración de casos según sea necesario para determinar la elegibilidad para los próximos 12 meses.

Debe recertificar su elegibilidad cada 366 días. Este formulario se puede usar para la primera recertificación anual y luego años alternos para recertificar el estado de elegibilidad del cliente.

| | |
|--|---|
| Nombre del cliente: | Fecha de nacimiento del cliente: |
| Teléfono: | Email: |
| Dirección: (Dé su dirección actual) | |
| | |
| Desde su certificación inicial o recertificación anual hace un año, ¿ha cambiado su dirección? | <input type="checkbox"/> No, mi dirección no ha cambiado. <input type="checkbox"/> Sí, mi dirección ha cambiado. * |
| *Si su dirección actual ha cambiado desde su última certificación, dé documentación para determinar si este cambio afecta su elegibilidad para los servicios del RWP A o B. | |
| Situación de vivienda | |
| Desde su certificación inicial o recertificación anual hace un año, ¿ha cambiado su situación de vivienda? | Seleccione el situación de vivienda actual: <input type="checkbox"/> Estable/permanente (casa propia, alquiler, asistencia de vivienda financiada por HOPWA, vivienda de la Sección 8, vivienda pública, etc.) <input type="checkbox"/> Temporal (vivienda de transición, alojamiento temporal con familiares o amigos, hotel o motel pagado sin vale, etc.) <input type="checkbox"/> Inestable (refugio de emergencia, hotel o motel pagado con vale, sin casa, prisión, cárcel, etc.) |
| <input type="checkbox"/> No, mi situación de vivienda sigue siendo la misma. <input type="checkbox"/> Sí, mi situación de vivienda ha cambiado. * | |
| * Si su situación de vivienda actual ha cambiado desde su última certificación, dé documentación para determinar si este cambio afecta su elegibilidad para los servicios del RWP A o B. | |

Ingresos del grupo familiar (incluye ingresos del cónyuge y dependientes, si corresponde)

Tamaño actual del grupo familiar: _____ Ingresos actuales del grupo familiar: _____
Mensual O Anual
(marque una con un círculo)

Desde su certificación inicial o recertificación anual hace un año, ¿ha cambiado su ingreso o el tamaño de su grupo familiar?

- No, los ingresos y el tamaño del grupo familiar siguen siendo los mismos.
- Sí, los ingresos O el tamaño del grupo familiar han cambiado. *

**Si el tamaño actual de su grupo familiar o sus ingresos han cambiado, dé documentación para determinar si este cambio afecta su elegibilidad para los servicios del RWP A o B.*

Estado de seguro médico

Desde su certificación inicial o recertificación anual hace un año, ¿ha cambiado su estado de seguro?

Seleccione el estado actual del seguro:

- No, el estado de mi seguro sigue siendo el mismo.
- Sí, el estado de mi seguro ha cambiado. *

- Medicaid
- Programa de seguro médico infantil (CHIP)
- Medicare (A, B, C o D)
- ACA/Plan médico del mercado de seguros
- Seguro médico patrocinado por el empleador
- Otros seguros privados
- No tengo seguro

** Si el estado de su seguro actual ha cambiado, dé documentación para determinar si este cambio afecta su elegibilidad para los servicios del RWP A o B.*

La información que di arriba es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa puede descalificarme para recibir los servicios del RWP A o B. También entiendo que RWP A y B no pueden pagar por servicios que han sido pagados o que pueden pagarse razonablemente por cualquier otra fuente (p. ej., entidad estatal, federal o privada) que dé los mismos beneficios o servicios médicos.

Firma del cliente/representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre del cliente en letra de molde: _____

*** Las certificaciones presenciales deben ser firmadas por el cliente/representante legal y el personal. Las certificaciones que no se hagan en persona (teléfono, email, correo, etc.) deben incluir el nombre, la firma y el nombre de la agencia del miembro del personal que completa el formulario. ***

Firma del miembro del personal:

Fecha:

Nombre del personal:

Nombre de la agencia:

N.º de teléfono: