SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Apellido	Primer Nombre	Inicial

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Otros nombres usados **(Incluyendo apellido de soltera, cambio de nombre/apellido)**

Como se identifica-Género
☐ Hombre ☐ Transgénero – Hombre a Mujer
☐ Mujer ☐ Transgénero – Mujer a Hombre

Sexo al nacer
☐ Hombre ☐ Mujer

Etnicidad
☐ No-Hispano
☐ Hispano
Subgrupo (si aplica): _____

Raza (señale todos los que aplican)
☐ Blanco ☐ Negro o Afro Americano
☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii/Otras Islas del Pacífico
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
Subgrupo (si aplica): _____

Lenguaje de preferencia
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Número de Seguro Social (SSN)*

Refugiado? ☐ Sí ☐ No
Si lo es, fecha y mes de entrada a Estados Unidos: ___/_____
¿Está solicitando asilo político? ☐ Sí ☐ No
Si, fecha y mes de entrada a Estados Unidos: ___/_____

En qué país nació:_____
Cuál es su país de origen: _____

Teléfono primario#
Tipo: ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo ☐Otro
¿Se puede dejar mensajes? ☐Sí ☐No

Teléfono alternativo #
Tipo: ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo ☐Otro
¿Se puede dejar mensajes? ☐Sí ☐No

Nombre de su contacto alternativo y relación	Teléfono	¿Conoce su diagnóstico? ☐ Sí ☐ No

Administrador de caso Ryan White	Agencia	Teléfono	Prefiere que se comuniquen con su administrador de caso ☐ Sí ☐ No

Proveedor de servicios médicos	Nombre de la clínica	Teléfono	Fax

Correo electrónico	Correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Dirección de casa ☐Indigente	Apartamento/Suite #	Ciudad	Estado	Código postal	¿Recibe correo? ☐ Sí ☐ No

Dirección para correo (si es diferente)	Apartamento/Suite #	Ciudad	Estado	Código postal	¿Recibe correo? ☐ Sí ☐ No

** SSN la información solo se usará para verificar ingreso, elegibilidad de AHCCCS y lo cobertura de Medicare.*

For Office Use Only:

Applicant is applying for: ☐ **Ryan White Part A** ☐ **Ryan White Part B** ☐ **Ryan White Part C** ☐ **ADAP** ☐ **Dental**
Application Type: ☐ **Initial/New** ☐ **Bday Renewal** ☐ **Half-Bday Renewal** ☐ **Bday Re-Enroll** ☐ **Half-Bday Re-Enroll**
☐ **Application logged in** **Reviewer:**_____

FOR INCOMPLETE APPLICATIONS
Missing Documents: DX $$ Res Labs Other: _____
Reminder Contact Date: _____ Type: E-Mail VM TC FF
Letter to be sent: _____ Sent: _____ To Be Closed on: _____
Missing Documents received on Date____/_____/_____

_____	_____/_____	_____/_____	_____/_____	_____/_____
Date Received	**Date Complete**	**Date Sent to ADAP**	**Date Entered in CW**	**Date Attached in CW**

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

RESIDENCIA

Por favor, provea **UNO** de los siguientes documentos emitido dentro de las fechas permitidas .

- El documento debe estar fechado y debe incluir el nombre del cliente, su dirección, (No apartado postal).
- Adjunte copias con esta solicitud.

DOCUMENTOS DE RESIDENCIA (marque **UNA** y adjunte copia del documento)
☐ Carta de subvención anual de beneficios gubernamentales o pensión (del año en curso)
☐ Hipoteca, contrato de arrendamiento o carta no vencida de programa de vivienda temporal.
☐ Cualquier documento o correspondencia con el nombre y la dirección del cliente, fechado en los últimos 60 días. Por ejemplo: AHCCCS, DES, Medicare, recibos de servicios públicos, estado de cuenta bancaria, otros recibos, talones de cheque.
☐ Licencia de manejo o identificación del estado de Arizona expedida en el último año.
☐ Inscripción vigente en una Tribu Nativa-Americana.
☐ Tarjeta de identificación migratoria vigente expedida en los Estados Unidos.
☐ Documento que testifique residencia o carta fechada en los últimos treinta días de un proveedor de servicios sociales, proveedor de servicios médicos, o un familiar / amigo que certifique que la persona es indigente. (Use una de las testificaciones provistas a continuación o entregue una carta fechada y firmada testificando el nombre del cliente, fecha de nacimiento y dirección)

Testimonio de visita domiciliaria del Administrador de Casos

Sólo para uso de la agencia: Debe ser completada por un Administrador de Casos o un Especialista de Elegibilidad Parte A.

Yo testifico que he visitado ----------

en_----------

_____ _____
Nombre impreso del empleado **Nombre de la agencia**

_____ _____
Firma del empleado **Fecha**

Testimonio de Indigencia

Sólo para el uso de la agencia: para ser procesado únicamente por un trabajador social o por un proveedor de servicios médicos

Yo testifico que el cliente es indigente.

_____ _____
Nombre impreso del empleado **Nombre de la agencia**

_____ _____
Firma del empleado **Fecha**

Otro Testimonio de Residencia

Debe ser completada por un proveedor de servicios médicos, un familiar o un amigo.

Yo afirmo con el mejor de mi conocimiento que :_____

Vive en :_____

_____ _____
Nombre impreso **Relación con el cliente**

_____ _____
Firma **Fecha**

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR E INGRESOS

Por favor provea documentos de ingresos emitidos durante las fechas permitidas. Adjunte copias con esta solicitud.

DOCUMENTOS DE FUENTES DE INGRESO (marque todos los documentos apropiados y adjúntelos)
☐ Carta de subvención anual de beneficios gubernamentales, Administración de Veteranos o pensión, etc.
☐ Otras cartas de subvención *(TANF, Seguro de desempleo, etc.)*
☐ 1 mes de talones de cheque o verificación de empleo de su lugar de trabajo
☐ Registros de auto empleo *(1099, forma de pérdidas y ganancias o estados de cuenta bancaria recientes)*
☐ Otras fuentes de ingresos que no hayan sido listadas ***(requiere certificación de ingresos y/o carta de apoyo económico)***
☐ No ingreso ***(requiere certificado de ingreso y/o apoyo económico)***

En el cuadro inferior, liste cada uno de los miembros de la familia que residen en su casa y/o que pueden ser reclamados como una excepción federal de impuestos (ejemplo, esposa/esposo legal, hijos biológicos y adoptados, la persona por la que usted aporta más del 50% de manutención)

CUADRO DE INFORMACION DEL GRUPO FAMILIAR

Solicitante o miembro de la familia	Relación	Ingreso bruto si es mayor de 18 años	Frecuencia	Fuente	¿Mayor de 18 años?	¿Lo reporta en sus impuestos?
Usted mismo	**Solicitante**				☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
					☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
					☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
					☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
					☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
					☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
					☐Sí ☐No	☐Sí ☐No

ESTATUS DE EMPLEO DEL SOLICITANTE/ADULTOS EN EL GRUPO FAMILIAR

☐ Tiempo completo____horas por semana
☐ Tiempo parcial____horas por semana
☐ Trabajo temporal
☐ Estudiante tiempo completo/parcial
☐ Desempleado
☐ Beneficios de discapacidad del Seguro Social (SSDI)
☐ Seguro Social suplementario (SSI)
☐ Jubilado / pensionado
☐Auto empleado
☐Otro (describa): _____
_____

CERTIFICACION DE INGRESOS

Yo certifico que me estoy manteniendo de la siguiente forma (marque y complete todas las que apliquen):

☐ Yo o un adulto que vive en mi residencia recibe dinero en efectivo por trabajo desempeñado, por lo que no se proporcionan talones de cheque. El promedio de ingreso mensual es $_____. La ocupación es_____

☐ Soy indigente / o vivo en un albergue

☐ Recibo asistencia a cambio de comida, agua vivienda y/ropa de: _____

Por favor adjunte carta de apoyo económico de esta persona o solicite a esta persona que llene la certificación a continuación.

Yo testifico que en lo mejor de mi conocimiento la información presentada es exacta y completa

_____ _____

Firma del solicitante **Fecha**

CERTIFICADO DE APOYO ECONOMICO

Yo, _____, estoy proporcionando ayuda con comida, agua, vivienda y ropa a _____.

_____ _____

Firma **Fecha**

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

COBERTURA MEDICA/OTROS SEGUROS MEDICOS

Si usted tiene cobertura médica, por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico y tarjeta para cobertura de medicamentos.
Se le solicitará que suministre prueba de negación de cobertura médica si su información muestra que usted puede ser elegible.

EVALUACION DE ELEGIBILIDAD PARA SEGUROS DE SALUD

Arizona Medicaid – AHCCCS	Mercado de Seguros Médicos (FFM) Seguro
¿Cuál es su estatus para servicios de AHCCCS? ☐ Inscrito; Nombre del plan: _____ Fecha de inicio: ____/_____/_____ ☐ Pendiente. Fecha de solicitud: ____/_____/_____ ☐ Negado. Fecha: ____/_____/_____ ☐ No elegible; por favor explique: _____	**¿Cuál es su estatus para el Mercado de seguros médicos FFM?** ☐ Inscrito; Nombre del plan: _____ Fecha de inicio: ____/_____/_____ ☐ Pendiente. Fecha de solicitud: ____/_____/_____ ☐ En espera para apertura de inscripción; Año _____ ☐ Negado/No elegible Por favor explique: _____

MEDICARE

¿Estatus para Medicare? ☐ Inscrito; fecha de inicio _____/_____/_____ ☐ A ☐ B ☐ D Plan: _____ ☐ Medicare Advantage ☐ Medicare Suplementario Plan: _____ ¿Será elegible en los próximos 12 meses? ☐ Si ☐No Fecha _____/_____/_____ ¿Ha estado inscrito en Medicare anteriormente? ☐ Si ☐No Fechas de cobertura_____ a _____	Si está inscrito en Medicare, cuál es su estatus para subsidio de ayuda adicional (LIS): ☐ Inscrito; Recibe _____% de subsidio ☐ Pendiente. Fecha de solicitud: ____/_____/_____ ☐ Negado; Date: ____/_____/_____ ☐ No aplica. Por favor explique: _____

Otros programas de seguro de salud gubernamental

¿Es elegible o recibe servicios médicos por parte de Administración de Veteranos? ☐Sí ☐No	**¿Es elegible o recibe servicios de salud del Indian Health Services?** ☐Si ☐No

Seguro médico privado/provisto por su empleador

Tiene seguro médico: ☐Si ☐No Si tiene, nombre del plan: _____
¿Si lo tiene, cómo lo obtuvo? ☐Mi empleador ☐ Esposo/a, padres, o pareja doméstica ☐Privado, plan individual ☐COBRA
¿Su seguro médico tiene cobertura para medicamentos? ☐Sí ☐No

Si no tiene seguro, ¿puede obtener su seguro médico de otra fuente que no sea Medicare, Medicaid o Mercado de salud?: ☐Si ☐No
Si, ¿puede obtenerlo a través de? ☐ Mi empleador ☐ Esposo/a, padres, o pareja doméstica ☐Privado, plan individual ☐COBRA
¿Ha solicitado cobertura? ☐Sí ☐No
No, ¿cuándo será elegible para solicitar cobertura? _____/_____/_____

Si usted y su esposo/a están empleados pero no tienen cobertura médica, o si usted es elegible para inscribirse en el seguro médico de su empleador, por favor lleve a su empleador la forma de verificación de beneficios para completarla y anéxela.

EVALUACION PARA SEGURO DENTAL

¿Es elegible, o está inscrito en otro programa de cobertura dental? ☐Si ☐No Nombre: _____	¿Le han negado seguro de cobertura dental, por el cual usted podría ser elegible? ☐Sí ☐No

REFERIDOS/NECESIDADES

¿Ha visto a su proveedor de salud en los últimos seis meses?	☐Sí ☐No
¿Ha tenido análisis de laboratorio en los últimos seis meses?	☐Sí ☐No
¿Está tomando medicamentos para el VIH?	☐Sí ☐No
¿Su situación de vivienda es estable?	☐Sí ☐No
¿Puede satisfacer sus necesidades básicas de manera estable?	☐Sí ☐No
¿Tiene transporte de acuerdo a sus necesidades?	☐Sí ☐No
¿Tiene problemas con estrés /depresión en su vida?	☐Sí ☐No
¿Tiene adicciones o problemas de abuso de drogas en su vida?	☐Sí ☐No
¿Desea que se le refiera a ayuda con alguna de las situaciones mencionadas anteriormente?	☐Sí ☐No
¿Tiene un administrador de caso para el VIH?	☐Sí ☐No
Nombre y agencia:	

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

MEDICAL PROVIDER PAGE

MEDICAL PROVIDER SIGNATURE – ALL APPLICANTS

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

_____ _____

Signature of Medical Provider Date

PROVIDER INFORMATION – ALL APPLICANTS

Applicant Name	Applicant Birth Date		
Medical Provider Name	License Number		
Medical Provider Address Apt/Suite #	City	State	Zip Code
Medical Provider Phone: (_____) _____	Medical Provider Fax: (_____) _____		

LAB DATA – ALL APPLICANTS

Test Name	Result	Date of Test
FUTURE LAB DRAW DATE		
CD4 CELL COUNT (medical provider can follow DHHS guidelines)		
VIRAL LOAD (within the last 6 months)		

HEPATITIS C SCREENING – ALL APPLICANTS

Does Applicant have Hepatitis C?	☐Yes ☐No
Would Applicant like additional information about Hepatitis treatments through ADAP?	☐Yes ☐No

MEDICATION(S) PRESCRIBED – ADAP ONLY

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

If the client is going to go without Antiretroviral (ARV) Therapy for longer than 90 days, you will need to complete the *90 Day Medical Provider Override Form -Addendum 3*; for questions please contact ADAP at 602-364-3610 OR 800-334-1540.

Please return to: ADAP, Arizona Dept. of Health Services
150 N. 18th Avenue, Suite 130, Phoenix, AZ 85007-3233
Fax: (602) 364-3263
Phone: Toll-Free (800) 334-1540

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

SOLAMAENTE RYAN WHITE PARTE A

- Hay posibilidad que califique para los servicios con fondos de Rían White aunque tenga otro seguro.
- 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, completare el proceso de elegibilidad requerido. Si 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.

AUTORIZACÍON PARA COMPARTIR INFORMACÍON RYAN WHITE PARTE A

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 y Sun Life, Concesionarios y/o Contratistas del Programa Ryan White HIV/AIDS, a divulgar mi información de salud protegida (PHI) y otra información de mis expedientes a cualquier Concesionario o Contratista del Programa Ryan White HIV/AIDS, (Ryan White) que opera en el Condado de Maricopa y/o en el Condado de Pinal, Arizona.

El propósito de esta divulgación es permitir que los Concesionarios y/o Contratistas del Programa Ryan White HIV/AIDS intercambien mi PHI u otra información de mis expedientes con los Contratistas y Concesionarios de Ryan White para los propósitos de:

- Continuidad de cuidados, tratamientos, pagos, y operaciones de cuidados de la salud, incluyendo elegibilidad, demografía, tratamientos de emergencia, pagos a Contratistas u otra información de reporte de estadísticas;
- Reporte obligatorio, incluyendo informes de datos a nivel de cliente;
- Divulgaciones requeridas por ley;
- Procesos y procedimientos legales;
- Supervisión incluyendo las revisiones y auditorías de control de calidad de servicios proporcionados que son financiados por Ryan White;
- Divulgación a un Examinador Médico;
- Divulgación de condiciones de salud pública que deben notificarse; e
- Inclusión en sistemas de datos compartidos para demografía, elegibilidad y otros informes estadísticos;
- Si en el curso de la prestación de servicios a un cliente, un proveedor de 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, para los propósitos que se mencionan arriba, autorizo la divulgación de la siguiente información para el período de tiempo desde la fecha de mi firma hasta un (1) año a partir de la fecha de mi firma:

- VIH/SIDA y otra información de enfermedades transmisibles, incluyendo Asesoramiento y Pruebas de VIH;
- Información sobre tratamiento de Salud Conductual, Salud Mental o Psiquiátrico; y/o
- Información sobre tratamiento de abuso de sustancias.

A menos que revoque esta autorización anticipadamente, ella caducará en un (1) año a partir de la fecha de mi firma. Además entiendo que mi revocación no se aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta Divulgación. Para revocar esta autorización, debo entregar una solicitud por escrito a

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

Al firmar esta Divulgación de Información, libero a todos los Concesionarios y Contratistas, empleados, oficiales, directores, personal médico y agentes de Ryan White de toda responsabilidad legal por la divulgación de información en la manera que se indica y se autoriza en esta Divulgación. Además entiendo que los Concesionarios y Contratistas de Ryan White mantendrán la confidencialidad de la divulgación de mi PHI u otra información, y que ellos usarán mi PHI u otra información solamente para los fines enumerados arriba.

Entiendo los asuntos que se discuten en esta Divulgación de Información y que al firmar a continuación, acepto haber recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Programa Ryan White, Lista de Proveedores, y Declaración de Derechos y Responsabilidades de los Clientes, junto con las Normas de Quejas de los Clientes de HIV Care Directions.

_____	_____	_____
Nombre en Letras de Molde	Firma	Fecha
_____	_____	
Firma del Representante Legal	Relación con el Cliente	

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

ADAP/RYAN WHITE PART B ONLY

ADAP/RWPB RELEASE OF INFORMATION

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 applicable

Yo doy el permiso a AZ ADAP para compartir la información mínima necesaria contenida en esta aplicación con AHCCCS, parael 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 de30 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 90días.

Certifico lo mejor de mi conocimiento y creencia, soy elegible para AZ ADAP y todas las declaraciones hechas aquí, incluyendocosas 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 ayudade 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 exibo 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 oterminados. 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 , queme 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 lacobertura 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 deServicios 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

Please return to: ADAP, Arizona Dept. of Health Services
150 N. 18th Avenue, Suite 130, Phoenix, AZ 85007-3233
Fax: (602) 364-3263
Phone: Toll-Free (800) 334-1540

SOLICITUD PARA ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP

SUPPORT DOCUMENT GUIDE
REQUIRED SUPPORT DOCUMENTS – ALL APPLICANTS
☐ Proof of Residency – see page 2 for accepted documents
☐ Proof of Income – see page 3 for accepted documents ☐ Letter of Support – *if applicable* *If you signed the Certificate of Income and/or Support, the person helping you must provide a letter of support*
☐ Proof of Healthcare Coverage (as applicable) ☐ AHCCCS card or approval letter ☐ Medicare card ☐ Private health insurance card
☐ AHCCCS Determination (Approval or Denial) – dated within 12 months • Denial due to failure to submit documentation is not acceptable. • Enrollment in Federal Emergency Services (FES) is considered an AHCCCS denial. • Enrollment in the FFM is considered an AHCCCS denial.
☐ Lab Report (Copy of Viral Load lab report done in the last 6 months or Medical Provider Page (MPP))
REQUIRED SUPPORTING DOCUMENTS – ADAP/RWPB
☐ Medicare Extra Help/LIS Award or Denial Letter dated within 24 months
☐ If you are enrolled in the FFM and receive premium assistance from ADAP attach a copy of your federal taxes from the prior year
☐ Medical Provider Page completed and signed by your medical provider (ADAP 340b clients only)
REQUIRED SUPPORTING DOCUMENTS – New Applicants Only
☐ New applicant addendum
☐ Proof of Diagnosis (RWPA clients only)
☐ Medical Provider Page completed and signed by your medical provider (ADAP clients only)
ADDITIONAL SUPPORTING DOCUMENTS –Required under certain circumstances
☐ Benefit/Employment Verification Form
☐ 90 Day Medical Provider Override Form
☐ SAAF Authorization for Use and Sharing of Information
☐ Ryan White Self-Employment Worksheet
☐ Income Template