

ARIZONA RYAN WHITE Y ADAP – FORMULARIO PARA NOTIFICAR CAMBIOS

Si los ingresos han cambiado desde la última solicitud, por favor requiera un mes de comprobantes de ingreso.
Si el seguro ha cambiado desde entonces, incluya copias de todas las tarjetas de seguro actual

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento (mes / día / año) ____/____/____
----------	--------	---

CAMBIO DE DIRECCION O TELEFONO

Domicilio <input type="checkbox"/> Indigente	Apto./No. de Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal	¿Le podemos enviar correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio Postal (Si es distinto del domicilio)	Apto./No. de Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal	¿Le podemos enviar correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Iniciales: Entiendo que si no proporciono un domicilio postal NO recibiré notificaciones de elegibilidad o correo de mis proveedores de servicios Ryan White. Si proporciona dirección postal abajo, UNICAMENTE se enviarán medicamentos (Rx) a esa dirección.

Dirección de envío (Si es distinto del domicilio postal)	Apto./No. de Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal
de medicamento				
Teléfono () -	¿Se puede dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono alternativo () -	¿Se puede dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

CAMBIO DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA O INGRESOS

Número de personas en su hogar	Ingresos mensuales Brutos	Ingreso anuales Brutos
--------------------------------	---------------------------	------------------------

CAMBIO DE SEGURO DE SALUD O PROVEEDOR MÉDICO

<input type="checkbox"/> AHCCCS <input type="checkbox"/> ALTCS <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Subvención de bajos ingresos (LIS) <input type="checkbox"/> Advantage Plan	<input type="checkbox"/> Privado – Empleador: _____ <input type="checkbox"/> Privado – Individual: _____ <input type="checkbox"/> Mercado de Seguros Médicos (FFM): _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Veterans Affairs <input type="checkbox"/> Indian Health Service <input type="checkbox"/> Servicios Médico Federales de de Emergencia (FES) <input type="checkbox"/> Sin seguro medico PROVEEDORES MÉDICOS: _____
--	---	---

CAMBIO DE NOMBRE (el cliente debe proporcionar documentación del cambio)

Actualmente está en CAREWare	Nuevo nombre que debe ingresar en CAREWare
------------------------------	--

REPORTE DE DEFUNCIÓN

Fecha de fallecimiento	Informante
------------------------	------------

Para ser completado por un representante de una Agencia de Proveedores Ryan White o ADAP

Please mark all services that this update needs to be sent to:

Update RWPA Update RWPB Update ADAP

Signature of Provider Representative	Date
_____	_____
Printed Name of Provider Representative	Provider Agency Name
_____	_____

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Date Received: ____ - ____ - ____ / ____	Assigned Reviewer: _____
Date Reviewed: ____ - ____ - ____ / ____	<input type="checkbox"/> Completed <input type="checkbox"/> Pre-Approved <input type="checkbox"/> Incomplete
Missing Documents Needed: \$\$ RES AHCCCS Det BVF Other: _____	
Missing Documents Received: ____ - ____ - ____ / ____	
____ - ____ - ____ / ____	____ - ____ - ____ / ____
Date Complete/Pre-App	Date Scanned
	____ - ____ - ____ / ____
	Date Entered in RWISE