

Primer Nombre (impreso)	Inicial del 2do nombre	Apellido (impreso)
Número de Seguro Social (Dejar en blanco si el cliente no tiene un número de Seguro Social valido)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	
	/ /	

Por favor lea todas las declaraciones y firme en el espacio provisto para certificar que usted ha leído y entendido esta autorización. Todas las referencias al "Programa" o "Programas" se refieren al Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud Pública de Illinois, para todos y cada uno de los fondos federales utilizados, incluyendo las Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA), y / o los programas sucesores en los que participa o a los que solicita servicios.

1. Certifico que la información que proporciono al Programa es verdadera y precisa de acuerdo a mi conocimiento. Entiendo que puedo ser descalificado del Programa y / o procesado por proporcionar información falsa intencionalmente.
2. Entiendo que la información solicitada por el Programa tiene el propósito de determinar mi elegibilidad para un programa financiado por el estado y el gobierno federal para el cual el financiamiento es limitado y puede caducar en cualquier momento sin que haya fondos extendidos o alternativos disponibles
3. Entiendo que la aprobación de mi aplicación no significa que recibiré todos los servicios ofrecidos por el Programa. Entiendo que cada servicio puede requerir información adicional, y que debo proporcionar esta información para verificación antes de la prestación de dichos servicios.
4. Si estoy inscrito en el Programa, se me otorgará un período aprobado de no más de seis meses. Al finalizar este período, se me solicitará que vuelva a presentar una aplicación y debo proporcionar información actualizada para saber si soy elegible para continuar accediendo a los servicios. Estoy de acuerdo en presentar información periódica sobre mi elegibilidad continua para participar en el programa (s), incluidos mis comprobantes de ingreso económico, comprobante de residencia, disponibilidad de cobertura de seguro de salud y una versión actualizada y firmada de este formulario con mi Solicitud de Recertificación cada (6) meses) según las normas federales.
5. Estoy de acuerdo en notificar, o hacer que mi Administrador de Casos (si corresponde) notifique al Programa sobre cualquier cambio en circunstancias que afecten mi participación o elegibilidad para el Programa dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio. Esto incluye cualquier cambio en ingresos económicos, dirección o cobertura de seguro. Entiendo que dichos cambios se evaluarán periódicamente para determinar la elegibilidad continua para el Programa.
6. Entiendo que toda correspondencia enviada por correo por el Programa se enviará a la dirección que tengo registrada en el programa solo si he dado mi consentimiento para recibir correo.
7. Autorizo al Programa a divulgar información de mi registro, elegibilidad, utilización de servicio y cualquier otra información necesaria para facilitar mi inscripción en el programa y la prestación de servicios a mis médicos en archivo, proveedores de servicios del programa, centros de tratamiento, administradores de beneficios de farmacia, administradores externos, aseguradores de salud y / u otras entidades que están bajo contrato con el programa, entendiendo de que mi estado nunca se divulgará a entidades que no estén afiliadas al Programa Ryan White Parte B en la lista a continuación.
8. Si llego a sufrir discriminación debido a la divulgación de información médica relacionada, puedo comunicarme con el Departamento de Derechos Humanos de Illinois al (217) 785-5100 o (312) 814-6200. Esta agencia es responsable de hacer cumplir la Ley de Derechos Humanos de Illinois que proporciona ciertas protecciones para personas con discapacidad.
9. Reconozco que mis primas de seguro de salud (si corresponde) están siendo pagadas por el Programa a través de una fuente contractual de pago de terceros. En consideración a lo mismo, por la presente autorizo y ordeno a mi aseguradora de salud que reembolse directamente al Programa por cualquier pago de primas no utilizadas en caso de que mi póliza de seguro termine o sea cancelada por cualquier motivo, incluyendo, entre otros, inelegibilidad futura, muerte, cancelación voluntaria, cancelación involuntaria, o terminación por operaciones de ley.
10. Acepto indemnizar y eximir al Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH) de cualquier reclamo por pagos de reembolso de primas directamente a IDPH o a cualquier entidad bajo contrato con IDPH en relación con los Servicios del Programa. Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener a IDPH, o cualquier entidad bajo contrato con IDPH en relación con los Servicios del Programa, eximidos de cualquier reclamo por recibir pagos de reembolso de la prima directamente de IDPH o de mi aseguradora de salud. Este acuerdo será vinculante para mis administradores, ejecutores, herederos, sucesores y cesionarios y permanecerá en pleno vigor y efecto durante el período de tiempo en el que estoy inscrito en el Programa (s).
11. Acepto reembolsar a IDPH todos y cada uno de los pagos de reembolso de primas que me fueran pagados por error durante mi inscripción.
12. Entiendo que mis registros están protegidos por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud, Pub.L 104-491, 110 Stat. 1936, promulgada el 21 de agosto de 1996, y el Estatuto de Illinois 410 ILCS 305 relacionado con la confidencialidad de la información médica, y no pueden ser divulgados a ninguna otra entidad, excepto a las que se mencionan en este documento sin mi consentimiento por escrito. No estoy obligado a dar mi consentimiento para la divulgación de esta información. Sin embargo, si me niego a firmar esta autorización, no seré elegible para recibir servicios a través de este Programa.

13. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, la liberación seguirá siendo válida por un período de 24 meses a partir de la fecha en que se firme este formulario, o hasta el momento en que informe al administrador del Programa, por escrito, de mi deseo de terminar los servicios en el Programa (s). También entiendo que tendré que firmar un nuevo formulario de autorización cada 6 meses para continuar con los servicios de Ryan White. También entiendo que cada vez que firmo una nueva autorización cada 6 meses para propósitos de renovación, cualquier y todas las autorizaciones previas quedarán nulas y sin efecto.
14. Autorizo al Programa a divulgar información relacionada con mi registro, elegibilidad, utilización del servicio y cualquier otra información que el programa considere necesaria para facilitar mi inscripción en el programa y la prestación de servicios a las siguientes entidades:
- a. Administradores de casos financiados por el programa. Esto incluye, entre otros, proveedores médicos y no médicos de administración de casos, coordinadores de beneficios médicos / especialistas en beneficios, representantes de clientes y asistentes.
 - b. Asesores Certificados de Solicitudes (CAC) licenciados bajo la autoridad del Programa.
 - c. Los miembros de mi equipo de atención médica, incluidos, entre otros, los médicos, asistentes médicos, enfermeros (as), enfermeros (as) especializadas, proveedores de salud mental, proveedores de abuso de sustancias, proveedores de atención de salud bucal y cualquier personal profesional que trabaje bajo su autoridad.
 - d. Entidades con una subvención o relación contractual con el Programa, incluidos los beneficiarios secundarios o subcontratistas / subcontratistas en relaciones contractuales para llevar a cabo las actividades cubiertas por el Programa. Esto incluye las agencias líderes regionales del Programa, las organizaciones comunitarias contratadas, la farmacia dispensadora contratada y el pagador externo contratado para las primas de seguro y costos médicos de los clientes.
 - e. Personas o entidades enumeradas en mi aplicación de elegibilidad que me ayudan con mi aplicación.
 - f. Departamento de Seguros de Illinois (coordinación de seguros), Seguridad de Empleo (verificación de ingresos), Servicios de Salud y Familia (verificación de Medicaid), Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y otros programas / secciones dentro del Departamento de Salud Pública de Illinois según los Estatutos de Illinois 410 ILCS 305.
 - g. Cualquier concesionario o subreceptor bajo "Ryan White Care Act" con el propósito de coordinar el servicio y evitar la duplicación de información y servicios.
 - h. Entidades empleadas o autorizadas por el Departamento de Salud Pública de Illinois para llevar a cabo actividades de reincorporación y difusión en casos de tener una interrupción en mi inscripción, para garantizar que no haya dejado de recibir atención médica. Estas actividades se desarrollarán durante los 24 meses cubiertos por esta autorización.

Con mi firma, autorizo al Programa y a las entidades identificadas en el punto 14 de este documento a compartir mi información con las entidades adicionales listadas a continuación y entiendo que debo incluir estos contactos en cada envío de este formulario para permitir que el Programa pueda continuar compartiendo mi información con ellos.

_____ Nombre del Individuo	
(_____) _____ - _____ Teléfono	¿Está consciente esta persona de su estado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

_____ Nombre del Individuo	
(_____) _____ - _____ Teléfono	¿Está consciente esta persona de su estado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

	/ /
_____ Firma del cliente (Igual o mayor a 12 años de edad)	Fecha

	/ /
_____ Padre/Guardian Legal (Si menor a 12 años de edad) o Representante Legal	Fecha

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **POR FAVOR REVIÉSELO CUIDADOSAMENTE.**

ESTE AVISO LE OFRECE INFORMACIÓN REQUERIDA POR LEY sobre los deberes y las prácticas de privacidad del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH) para proteger la privacidad de su información médica personal.

Cuando IDPH le proporciona asistencia farmacéutica y / o de prima de Seguro, gestión de casos médicos, salud mental o física, servicios dentales o sociales, IDPH recibe y mantiene información personal sobre su salud. IDPH también puede recibir y mantener información financiera y de facturación sobre usted. Para ayudar a IDPH a brindarle estos servicios integrales de atención básica y de apoyo, IDPH puede contratar a compañías, agencias de servicios sociales o individuos. Estos contratistas también pueden recibir y mantener su información personal. IDPH utilizará y compartirá solo la información médica mínima necesaria que nuestro personal y contratistas necesitan para hacer su trabajo. IDPH y sus contratistas están obligados por ley a (1) mantener la privacidad de información médica protegida; (2) proporcionarle un aviso de los deberes legales y las prácticas de privacidad de IDPH con respecto a su información de salud protegida; y (3) notificar a las personas afectadas de una violación de información médica protegida no segura.

Este Aviso describe cómo IDPH puede usar y divulgar su información. También describe sus derechos y las obligaciones legales de IDPH con respecto a su información. Se requiere que IDPH siga los términos de este Aviso hasta que el mismo sea reemplazado. IDPH se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Si IDPH realiza cambios en este Aviso, el nuevo Aviso estará disponible en las oficinas de IDPH, previa solicitud, y en nuestro sitio web: <https://dph.illinois.gov>. Cualquier cambio en nuestras prácticas será aplicado a toda la información médica suya mantenida por IDPH.

Cómo puede IDPH usar y divulgar su información de salud

IDPH puede compartir su información sin su autorización de las siguientes maneras:

Tratamiento: IDPH puede usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando para mejorar la coordinación de los servicios de atención integral. Por ejemplo: IDPH puede divulgar su información de salud personal a su médico, a solicitud del médico, para que su médico le brinde tratamiento.

Pago: IDPH puede usar y compartir su información para fines de pago. Por ejemplo: IDPH puede usar o divulgar su información de salud personal para proporcionar información de elegibilidad a su médico cuando recibe tratamiento; para pagar reclamaciones por servicios de atención médica cubiertos; para pagar las primas de seguro si es elegible; para ayudar con pagos de gastos médicos / farmacéuticos de bolsillo, aprobados; o para recuperar los costos de otros seguros médicos o Estados de Sucesión.

Operaciones de cuidado de la salud: IDPH puede usar y compartir su información de salud para las operaciones de IDPH, para mejorar su atención y para contactarlo cuando sea necesario. Por ejemplo: IDPH o sus contratistas pueden usar o divulgar su información personal de salud (1) para llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades de mejora; (2) revisar las solicitudes de servicios; (3) participar en la coordinación de atención o gestión de casos; (4) para administrar, planificar o desarrollar los servicios y el presupuesto de IDPH; (5) coordinar servicios con otro programa de beneficio público; (6) para crear o proporcionar servicios individualizados o planes de tratamiento; o (7) para cooperar con auditores estatales y federales.

Servicios de salud: IDPH o sus contratistas pueden contactarlo para recordarle citas o brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados a la salud que puedan ser útiles para usted o su familia.

IDPH tiene permitido, y en algunos casos es requerido, a compartir su información de otras maneras, como para salud pública e investigación. IDPH debe cumplir con las condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines.

Problemas de salud y seguridad pública: IDPH puede compartir su información de salud con las autoridades de salud pública para actividades de salud pública como: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; mantener registros vitales; evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona o del público; y reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica a agencias gubernamentales o de servicios sociales. IDPH también puede compartir su información de salud con una agencia gubernamental autorizada para supervisar los programas de atención médica del gobierno.

Investigación: IDPH puede usar o compartir su información para investigaciones en salud, en circunstancias limitadas donde la información estará protegida por los investigadores.

Según lo exija la ley: IDPH compartirá información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluido en la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) para una revisión de cumplimiento o una investigación de una queja o con un representante personal designado por usted o designado por ley.

Demandas judiciales y acciones legales: IDPH puede compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Actividades de salud pública e informes de salud pública: IDPH está autorizado a divulgar información de salud protegida para actividades de salud pública (como vigilancia e investigación), intervenciones y actividades relacionadas con la supervisión de la salud pública; y para coordinar la atención y el tratamiento con otras actividades de la Entidad de Protección de la Salud de IDPH (por ejemplo, la Oficina de Enfermedades de Transmisión Sexual).

Otras agencias: IDPH puede compartir su información con otra agencia que administre un programa gubernamental y brinde beneficios públicos, con respecto a la elegibilidad o información de registro, y para coordinar, administrar y manejar mejor los programas gubernamentales para el tratamiento y la coordinación de atención del programa del Departamento.

IDPH sigue las pautas de HIPAA. IDPH también cumple con cualquier ley federal o estatal que otorgue mayor protección de la privacidad que HIPAA. Por ejemplo, IDPH sigue la Ley de Confidencialidad de Discapacidades del Desarrollo y Salud Mental de Illinois con respecto a los registros de salud mental, 740 ILCS 110; la Ley de Protección de Información Personal de Illinois que protege la "información personal", de registros del gobierno federal, estatal o local que legalmente no estaría de otro modo a disposición del público en general, 815 ILCS 530; la Ley Federal de Confidencialidad de Abuso de Drogas y Alcohol, Registros de Pacientes en relación con la divulgación de información sobre drogas o alcohol, 42 U.S.C §290dd-2; 42 CFR Parte 2; y la Ley Federal de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia concerniente a la privacidad de los registros educativos, 20 U.S.C. §1232g; 34 CFR Parte 99; 34 CFR Parte 99

Nuestras responsabilidades:

IDPH está obligado por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. IDPH le notificará según lo exija la ley cuando exista una violación de su información médica protegida no asegurada. En algunas circunstancias, los socios comerciales de IDPH pueden proporcionarle la notificación

IDPH debe cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritos en este Aviso y entregarle una copia.

IDPH no utilizará ni compartirá su información para ningún propósito no descrito en este Aviso sin su permiso por escrito. Si usted autoriza a IDPH a usar o divulgar su información médica, en la mayoría de los casos, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Su revocación será efectiva a partir de la fecha en que IDPH reciba la revocación. (Los formularios de Autorización y Revocación están disponibles en el sitio web de Ryan White Parte B de IDPH).

Se requiere que IDPH obtenga su autorización antes de usar o divulgar notas de psicoterapia, excepto bajo las excepciones limitadas de tratamiento, pago y atención médica de 45 CFR § 164.508 (a) (2).

IDPH no comercializa ni vende su información de salud protegida. Sin embargo, IDPH requeriría obtener su autorización antes de vender su información médica protegida o divulgar su información médica protegida con fines comerciales.

Sus derechos:

Comunicarse de manera confidencial: Puede solicitar por escrito que IDPH se comunique con usted por un medio alternativo razonable o en una ubicación alternativa razonable. Por ejemplo, puede solicitar que IDPH se comunique con usted por correo electrónico en lugar de hacerlo por teléfono, a través de un traductor, o en su casa en lugar de su zona de trabajo. IDPH aceptará toda solicitud razonable.

Solicitar una copia de este Aviso de privacidad: Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si usted ha optado por recibir el Aviso de manera electrónica. También está disponible una versión electrónica de este Aviso de prácticas de privacidad en el sitio web de IDPH: www.idph.state.il.us

Inspeccionar y modificar información de salud protegida: Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida en cualquier momento. Durante la inspección puede solicitar la modificación de su información. IDPH se reserva el derecho de rechazar su solicitud de enmienda.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre: Puede otorgar a alguien un poder médico, o un tutor legal puede ser designado por usted para ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su salud. Antes de que IDPH realice alguna acción, IDPH confirmará que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre.

Derecho contabilizar las divulgaciones: Tiene derecho a recibir una contabilidad de divulgaciones de información médica protegida según lo dispuesto por 45 C.F.R. 164.528.

Presentar una queja: Si cree que IDPH ha violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja ante IDPH o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede presentar una queja ante el Director de Privacidad de IDPH, dentro de los 180 días de la sospecha de infracción, en la dirección donde recibe los servicios enumerados a continuación, o puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201; o llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. IDPH no tomará represalias contra usted por presentar una queja con IDPH o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Sus opciones: Tiene el derecho de solicitar que IDPH restrinja los usos o divulgaciones de su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Sus peticiones deben ser expresadas claramente. IDPH no está obligado a aceptar su solicitud.

IDPH no participa en recaudación de fondos. Sin embargo, puede optar por no recibir ninguna comunicación de recaudación de fondos de IDPH.

Oficial de Privacidad

Para solicitar copias adicionales de este aviso o para recibir más información sobre las prácticas de privacidad de IDPH o sus derechos, comuníquese con el Director de Privacidad en la siguiente dirección:

Kyle Stone
Illinois Department of Public Health
535 West Jefferson Street, Fifth Floor
Springfield, IL 62761
Telephone – 217-557-2556

ACUSO DE RECIBO

Primer Nombre del Cliente	Inicial del 2do nombre	Apellido del Cliente
Número de Seguro Social (Dejar en blanco si el cliente no tiene un número de Seguro Social valido)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	

Por favor pida al cliente / paciente que complete este Acuso de Recibo del "Aviso de prácticas de privacidad". Entregue una copia de este Aviso al cliente y ponga el original en el registro médico o clínico.

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de IDPH. También reconozco que se me solicitará que envíe la página firmada de Práctica de privacidad completa para determinación de elegibilidad cada 6 meses.

Firma del Cliente (Igual o mayor a 12 años de edad)

Fecha

o

Firma del Padre / Madre del menor (Cliente igual o menor a 11 años de edad)

Fecha

o

Firma del Tutor Legal

Fecha

Primer Nombre del Cliente	Inicial del 2do Nombre	Apellido del Cliente
Número de Seguro Social (Dejar en blanco si el cliente no tiene un número de Seguro Social valido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Se debe completar una sección separada por cada miembro legal del hogar de 18 años o más – incluso si no reciben ingresos

**** Todos los espacios con letra en negrita o marcados con un asterisco, que tienen una cantidad o se respondieron con un “Sí” requieren documentación de respaldo adicional ****

<h1>Cliente</h1>		Miembro adicional del Hogar, mayor de 18 años	
		Nombre:	
INGRESO MENSUAL ACTUAL (No se puede dejar espacios en blanco)		INGRESO MENSUAL ACTUAL (No se puede dejar espacios en blanco)	
Sueldos, salarios, efectivo, propinas	*	Sueldos, salarios, efectivo, propinas, etc.	*
Recibe usted “Boletas de pago” (sí/no)?	*	Recibe usted “Boletas de pago” (sí/no)?	*
Pensión alimenticia o manutención conyugal recibida	*	Pensión alimenticia o manutención conyugal recibida	*
Trabajo independiente, ganancia o pérdida de negocio personal		Trabajo independiente, ganancia o pérdida de negocio personal	
Distribuciones de IRA (Cuenta de retiro individual)		Distribuciones de IRA (Cuenta de retiro individual)	
Pensión y renta vitalicia (veteranos o empleadores, jubilación o discapacidad)	*	Pensión y renta vitalicia (veteranos o empleadores, jubilación o discapacidad)	*
Alquileres, inmobiliarias, alianzas, Corporaciones “S”, fideicomisos		Alquileres, inmobiliarias, alianzas, Corporaciones “S”, fideicomisos	
Ingresos o pérdidas agrícolas		Ingresos o pérdidas agrícolas	
Ingresos de desempleo	*	Ingresos de desempleo	*
Jubilación del Seguro Social (SSA)	*	Jubilación del Seguro Social (SSA)	*
Seguro Social por Discapacidad (SSDI)	*	Seguro Social por Discapacidad (SSDI)	*
Ingresos suplementarios del Seguro Social (SSI)		Ingresos suplementarios del Seguro Social (SSI)	
Otros ingresos (Pago por servicio de jurado, ganancias de juegos de azar, etc.)	*	Otros ingresos (Pago por servicio de jurado, ganancias de juegos de azar, etc.)	*
Ingresos de manutención infantil, indemnización de empleador		Ingresos de manutención infantil, indemnización de empleador	
¿Ha hecho una declaración de impuestos (sí/no)?		¿Esta persona ha hecho una declaración de impuestos por separado (sí/no)?	
Comentarios (Espacio adicional para comentarios en la parte posterior):			

Firma del Cliente

Fecha

Esta página solo es necesaria si hay más de un miembro legal mayor de 18 años en el hogar.

Miembro legal del hogar, mayor de 18 años (adicional)		Miembro legal del hogar, mayor de 18 años (adicional)	
Nombre:		Nombre:	
INGRESO MENSUAL ACTUAL (No se puede dejar espacios en blanco)		INGRESO MENSUAL ACTUAL (No se puede dejar espacios en blanco)	
Sueldos, salarios, efectivo, propinas	*	Sueldos, salarios, efectivo, propinas	*
Recibe usted "Boletas de pago" (sí/no)?	*	Recibe usted "Boletas de pago" (sí/no)?	*
Pensión alimenticia o manutención conyugal recibida	*	Pensión alimenticia o manutención conyugal recibida	*
Trabajo independiente, ganancia o pérdida de negocio personal		Trabajo independiente, ganancia o pérdida de negocio personal	
Distribuciones de IRA (Cuenta de retiro individual)		Distribuciones de IRA (Cuenta de retiro individual)	
Pensión y renta vitalicia (veteranos o empleadores, jubilación o discapacidad)	*	Pensión y renta vitalicia (veteranos o empleadores, jubilación o discapacidad)	*
Alquileres, inmobiliarias, alianzas, Corporaciones "S", fideicomisos		Alquileres, inmobiliarias, alianzas, Corporaciones "S", fideicomisos	
Ingresos o pérdidas agrícolas		Ingresos o pérdidas agrícolas	
Ingresos de desempleo	*	Ingresos de desempleo	*
Jubilación del Seguro Social (SSA)	*	Jubilación del Seguro Social (SSA)	*
Seguro Social por Discapacidad (SSDI)	*	Seguro Social por Discapacidad (SSDI)	*
Ingresos suplementarios del Seguro Social (SSI)		Ingresos suplementarios del Seguro Social (SSI)	
Otros ingresos (Pago por servicio de jurado, ganancias de juegos de azar, etc.)	*	Otros ingresos (Pago por servicio de jurado, ganancias de juegos de azar, etc.)	*
Ingresos de manutención infantil, indemnización de empleador		Ingresos de manutención infantil, indemnización de empleador	
¿Ha hecho una declaración de impuestos (sí/no)?		¿Esta persona ha hecho una declaración de impuestos por separado (sí/no)?	
Comentarios (Espacio adicional para comentarios en la parte posterior):			

Firma del Cliente

Fecha

Primer Nombre del cliente	Segundo nombre	Apellido del cliente
Número de Seguro Social (Dejar en blanco si no posee uno)		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Dirección		Aptó/Lote/Suite
Ciudad	Estado	Código Postal
	Illinois	

Al firmar esta declaración jurada, certifico que la residencia mencionada arriba es mi residencia principal. Entiendo que este formulario debe ser firmado y fechado por una tercera persona que no puede ser un miembro de mi hogar o alguien que se beneficiaría de mis servicios recibidos por este programa.

Firma del cliente (Igual o mayor a 12 años de edad)

Fecha

Al firmar este formulario, la tercera persona a continuación está haciendo una declaración legal de que la dirección anterior es la residencia actual del cliente listado en este formulario.

Nombre impreso del agente tercero (administrador de casos, personal del refugio, etc.)

Firma del agente tercero (administrador de casos, personal del refugio, etc.)

Fecha

Primer Nombre del Cliente	Segundo Nombre	Apellido del Cliente
Número de Seguro Social (si no posee un número, este espacio se puede dejar en blanco)		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

ANTES DE FIRMAR, LEA ATENTAMENTE ESTE DOCUMENTO Y ASEGÚRESE DE ENTENDERLO

Con la implementación de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo costo, los participantes del programa han aumentado el acceso a algún tipo de cobertura de seguro. La Ley del Cuidado de Salud a Bajo costo requiere que los afiliados calculen con precisión sus ingresos, así como que informen cualquier cambio en los ingresos a lo largo del año para garantizar que se proporcionen subsidios precisos. De lo contrario, se aplicarán reembolsos o sanciones adicionales a los impuestos del año siguiente.

Dado que el programa pagó sus primas de seguro de salud durante este tiempo, ¡**TODOS** los reembolsos asociados con el sobrepago de las primas durante este tiempo **deben ser devueltos al programa!** De lo contrario, podría afectar sus futuras inscripciones. Estos montos de reembolso se pueden encontrar en la línea 65 del formulario 1040NR del IRS, en la línea 69 del formulario 1040 del IRS o en la línea 45 del formulario 1040A del IRS.

De manera similar, el Programa ha recibido la aprobación para ayudar a esos clientes con cualquier multa asociada con los créditos fiscales por exceso de prima recibidos como resultado de subestimar sus ingresos. Esto solo dura mientras existan fondos disponibles. Estas cantidades de multa se pueden encontrar en la línea 46 del Formulario 1040 del IRS, la línea 29 del Formulario 1040A del IRS o la línea 44 del Formulario 1040NR del IRS.

Esta declaración de entendimiento requiere ser completada por todos los clientes que recibieron un reembolso o una responsabilidad fiscal de salud asociada con un error en el informe de ingresos.

Ponga sus iniciales en cada declaración, luego firme y ponga la fecha en el documento.

- _____ 1) Entiendo que como resultado de mi error de informar incorrectamente y / o actualizar mis cantidades de ingresos al Mercado - resultó en cambios de declaración de impuestos que deben ser abordados.
- _____ 2) Entiendo que cualquier reembolso asociado con el pago excesivo debe ser devuelto al Departamento de inmediato, o mi inscripción puede verse afectada.
- _____ 3) Entiendo que el programa es capaz de ayudar con los pasivos de salud fiscal asociados con el crédito de exceso de crédito de prima por adelantado han sido aprobados para la asistencia para el año fiscal 2014 avanzar como la financiación lo permite.
- _____ 4) Entiendo que el programa está obligado a pagar la parte aprobada del crédito por concepto de exceso de prima por adelantado directamente al IRS y que el procesamiento de ese reembolso que recibirá el cliente podría estar más cerca del final del año calendario.
- _____ 5) Entiendo que el programa sólo puede ayudar con el monto del crédito por impuesto por adelantado que además de la cantidad mensual que pagamos por las primas hasta no más de \$ 750 / mes
- _____ 6) Entiendo que los pasivos por enfermedad de un año fiscal futuro como resultado del crédito por impuesto sobre la prima por adelantado pueden no estar cubiertos para asistencia por parte del programa.
- _____ 7) Entiendo la importancia de reportar cualquier cambio de ingresos durante el año directamente al mercado.

Al firmar a continuación, acepto y entiendo los hechos y condiciones contenidos en este documento.

Firma del Aplicante: _____

Fecha: _____

Primer Nombre del Cliente	Inicial del 2do nombre	Apellido del Cliente
Número de Seguro Social (Dejar en blanco si el cliente no tiene un número de Seguro Social valido)		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

El Programa Ryan White Parte B está obligado a garantizar que el programa sea el "Pagador de último recurso" para todos los servicios que brinda. La implementación de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Costo, ha aumentado el acceso a algún tipo de cobertura de seguro para todas las personas. Para garantizar el cumplimiento con los requisitos federales de "pagador de último recurso", todos los participantes del programa que sean elegibles para la cobertura de seguro a través de las áreas identificadas a continuación **deben** de registrarse en dicha cobertura cuando esté disponible.

Hay una variedad de opciones a las que los participantes del programa pueden calificar. Estas opciones incluyen Medicaid tradicional, planes ampliados de Medicaid / atención administrada, Medicare y seguros privados, incluyendo los planes ofrecidos por el empleador, los planes del Mercado de seguros de Illinois y los planes de seguros privados fuera del mercado.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su administrador de casos o con su agente principal local para encontrar al Coordinador de beneficios médicos en su área (vea la parte posterior del documento para obtener una lista de contactos).

Al firmar esta declaración jurada, reconozco y comprendo lo indicado a continuación y acepto cumplir con cualquier requisito aquí identificado.

- Entiendo que estoy obligado a registrarme en una de las coberturas de salud enumeradas anteriormente, para cumplir con los requisitos federales de pagador de último recurso.
- Entiendo que el incumplimiento de este requisito podría poner en peligro mis futuras aplicaciones debido a los requisitos de ahorro de costos.
- Entiendo que el Programa Ryan White Parte B de Illinois puede ayudarme con los costos de las primas del plan de seguro que califique para este servicio (vea el reverso del documento). Si mi plan de seguro no cumple con estos requisitos, no podré recibir este servicio del programa.
- Entiendo que de ser categóricamente inelegible para la cobertura a través del Mercado de Seguros de Illinois o estoy exento bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Costo (elegible para Beneficios de Veteranos o una persona de herencia india americana), aún tengo opciones de cobertura de seguro disponibles para mí y que estas opciones se encuentran detalladas anteriormente.
- Entiendo que si soy elegible para la cobertura de Medicare, pero no me he registrado, incurriré en multas de **POR VIDA** por **CADA AÑO** que no me registre.
- Entiendo que se me pedirá que complete y presente esta declaración jurada en cada aplicación al Programa hasta que obtenga la cobertura de seguro elegible.

_____/_____/_____
Firma del Cliente (Igual o mayor a 12 años de edad) **Fecha**