

Lea todas las declaraciones y firme en el espacio proporcionado para certificar que ha leído y entendido este documento. Todas las referencias a "Programa" o "Programas" se refieren al Departamento de Salud Pública de Illinois, Programa Ryan White Parte B, incluidos todos y cada uno de los fondos federales utilizados, incluidas Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA), y/o programas sucesores en el que participe o al que solicite servicios.

1. Certifico que la información que proporcione al Programa es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que puedo ser descalificado del Programa y/o procesado por proporcionar información falsa deliberadamente.
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 los fondos son limitados y pueden vencer en cualquier momento sin que haya fondos extendidos o alternativos disponibles.
3. Entiendo que la aprobación de elegibilidad 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 de elegibilidad de no más de doce (12) meses. Al finalizar mi período de elegibilidad, se me pedirá que vuelva a presentar una solicitud y debo proporcionar información de elegibilidad actualizada para continuar accediendo a los servicios. Acepto enviar información periódica sobre mi elegibilidad continua para participar en los programas, incluida prueba de ingresos, prueba de residencia, disponibilidad de cobertura de seguro médico y una versión actualizada y firmada de este formulario con mi solicitud de recertificación cada doce (12) meses según las pautas estatales y federales.
5. Acepto notificar, o hacer que mi Administrador de casos (si corresponde) notifique al Programa sobre cualquier cambio en las circunstancias que afecten mi participación o elegibilidad para el Programa dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio. Esto incluye cualquier cambio en los ingresos, la dirección o la cobertura del seguro. Entiendo que los cambios en mi situación serán evaluados periódicamente para determinar la elegibilidad continua para el Programa.
6. Entiendo que toda la correspondencia enviada por correo enviada por el Programa se enviará a la dirección que tengo registrada con el programa solo si he dado mi consentimiento para recibir correo. También entiendo y reconozco que debo proporcionarle al Programa una forma de comunicación para ser considerado elegible para los servicios.
7. Autorizo al Programa a divulgar mi inscripción, elegibilidad, utilización del servicio y cualquier otra información necesaria para facilitar mi inscripción en el programa y la prestación de servicios a mis médicos registrados, proveedores de servicios del programa, centros de tratamiento, administradores de beneficios de farmacia, terceros administradores, aseguradoras de salud y/u otras entidades que tienen un contrato con el programa con el entendimiento de que mi estado nunca se divulgará a entidades no afiliadas al Programa Ryan White Parte B en la lista de viñetas a continuación.
8. Si sufro discriminación debido a la divulgación o divulgación de información médica, 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 brinda ciertas protecciones para las personas con discapacidades.
9. Reconozco que el Programa paga las primas de mi seguro médico (si corresponde) a través de una fuente de pago externa contractual. En consideración de lo mismo, por la presente autorizo y ordeno a mi aseguradora de salud que reembolse directamente al Programa por cualquier pago de prima no utilizado en caso de que mi póliza de seguro finalice o sea cancelada por cualquier motivo, incluidos, entre otros, inelegibilidad futura, muerte, terminación voluntaria, cancelación involuntaria, o terminación por ministerio de la ley.
10. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH) de todos y cada uno de los reclamos por realizar pagos de reembolso de primas directamente al IDPH o cualquier entidad bajo contrato con el IDPH en relación con los Servicios del Programa. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al IDPH, o a cualquier entidad bajo contrato con el IDPH en relación con los Servicios del Programa, de cualquier reclamo por recibir pagos de reembolso de primas directamente del IDPH o de mi aseguradora médica. Este acuerdo será vinculante para mis administradores, albaceas, herederos, sucesores y cesionarios y permanecerá en pleno vigor y efecto durante el período de tiempo en el que esté inscrito en el(los) Programa(s).

11. Acepto reembolsar al IDPH todos y cada uno de los pagos de reembolso de primas que se me paguen por error durante mi inscripción.
12. Entiendo que mis registros están protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, Pub.L 104-491, 110 Stat. 1936, promulgada el 21 de agosto de 1996, y el Estatuto de Illinois 410 ILCS 305 en relación con la confidencialidad de la información médica y no se puede divulgar a ninguna otra entidad, excepto a las mencionadas en este documento, sin mi consentimiento por escrito. No tengo que 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, el descargo seguirá siendo válido por un período de 48 meses a partir de la fecha en que se firme este formulario, o hasta el momento en que informe al administrador de los Programas, por escrito, de mi deseo de terminar los servicios en el Programa (s). También entiendo que todavía tendré que firmar un nuevo Acuerdo del Programa cada 12 meses para continuar con los Servicios Ryan White. También entiendo que cada vez que firmo un nuevo Acuerdo de programa cada 12 meses con fines de renovación, todos los Acuerdos de programa anteriores quedan anulados y sin efecto.
14. Autorizo al Programa a divulgar información relacionada con mi inscripción, elegibilidad, utilización del servicio y cualquier otra información que el programa determine necesaria para facilitar mi inscripción en el programa y la prestación de servicios a las siguientes entidades:
 - a. Proveedores de administración de casos financiados por el Programa. Esto incluye, entre otros, proveedores de administración de casos médicos y no médicos, coordinadores de beneficios médicos/especialistas en beneficios, representantes de clientes y navegadores de pares.
 - b. Consejeros Certificados de Solicitud (CAC) licenciados bajo la autoridad del Programa.
 - c. Miembros de mi equipo de atención médica, incluidos, entre otros, médicos, asistentes médicos, enfermeras, enfermeras practicantes, proveedores de salud mental, proveedores de abuso de sustancias, proveedores de atención de la salud oral y cualquier personal profesional que trabaje bajo su autoridad.
 - d. Entidades con una subvención o relación contractual con el Programa, incluidos los subreceptores/subcontratistas del concesionario o contratista en relaciones contractuales para llevar a cabo actividades cubiertas por el Programa. Esto incluye las agencias principales regionales del Programa, las organizaciones comunitarias contratadas, el mayorista de farmacia contratado, el administrador de beneficios de farmacia, la farmacia dispensadora y el tercero pagador contratado para las primas de seguro y los costos médicos de bolsillo del cliente.
 - e. Individuos o entidades enumeradas en mi evaluación de elegibilidad que me ayudaron con mi inscripción y elegibilidad.
 - f. Departamento de Seguros de IL (coordinación de seguros), Seguridad de Empleo (verificación de ingresos), Servicios de Salud y Familia (verificación de Medicaid), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y otros programas/secciones dentro del Departamento de Salud Pública de IL según el Estatuto de Illinois 410 ILCS 305 .
 - g. Cualquier concesionario o subreceptor de cualquier parte de la Ley Ryan White Care para los fines de coordinación de servicios y para evitar la duplicación de información y servicios.
 - h. Entidades empleadas o autorizadas por el Departamento de Salud Pública de IL para realizar actividades de divulgación y reincorporación en instancias en las que pueda tener una interrupción en mi inscripción para garantizar que no me quede sin atención médica. Estas actividades se desarrollarán durante los **48 meses que cubre esta autorización**.

ESTA SECCIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE .

ESTA SECCIÓN LE BRINDA LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA 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 brinda asistencia farmacéutica y/o de primas, administración de casos médicos, servicios de salud física o mental, servicios dentales o servicios sociales, IDPH recibe y conserva información médica personal sobre usted. IDPH también puede recibir y mantener información financiera y de facturación sobre usted. Para ayudar al IDPH a brindarle estos servicios integrales básicos y de atención de apoyo, el IDPH puede contratar a empresas, agencias de servicios sociales o individuos. Estos contratistas también pueden recibir y mantener su información personal. IDPH usará y compartirá solo la información de salud 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 la información de salud protegida; (2) para proporcionarle un aviso de las obligaciones legales y prácticas de privacidad de IDPH con respecto a su información de salud protegida; y (3) para notificar a las personas afectadas sobre una violación de la información de salud 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. IDPH debe seguir los términos de este Aviso hasta que se reemplace el Aviso. IDPH se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Si IDPH realiza cambios a 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 se aplicará a toda su información médica personal mantenida por IDPH.

CÓMO IDPH PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

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

- **Tratamiento:** IDPH puede usar su información de salud 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 pedido del médico, para el tratamiento de su médico.
- **Pago:** IDPH puede usar y compartir su información con 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 reclamos por servicios de atención médica cubiertos; para pagar las primas de seguro si es elegible; para ayudar con el pago de gastos de bolsillo médicos/farmacéuticos aprobados; o para recuperar los costos de otros seguros médicos o herencias sucesorias.
- **Operaciones de atención médica:** IDPH puede usar y compartir su información de salud para operaciones de IDPH, para mejorar su atención y para comunicarse con usted cuando sea necesario. Por ejemplo: IDPH o sus contratistas pueden usar o divulgar su información de salud personal (1) para realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad; (2) para revisar las solicitudes de servicios; (3) participar en la coordinación de la atención o la gestión de casos; (4) para administrar, planificar o desarrollar los servicios y el presupuesto del IDPH; (5) para coordinar servicios con otro programa de beneficio público; (6) para crear o proporcionar servicios o planes de tratamiento individualizados; o (7) cooperar con los auditores estatales y federales.
- **Servicios de salud:** IDPH o sus contratistas pueden comunicarse con usted para recordarle citas o brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser útiles para usted o su familia.

IDPH tiene permitido, y en algunos casos requerido, compartir su información de otras maneras, como para operaciones de salud pública o de investigación. IDPH debe cumplir con las condiciones de la ley antes de que pueda compartir su información para estos fines.

- **Problemas de salud pública y seguridad:** IDPH puede compartir información médica sobre usted con las autoridades de salud pública para actividades de salud pública tales como: prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades; mantenimiento de 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 gubernamentales de atención médica.
- **Investigación:** IDPH puede usar o compartir su información para investigaciones de salud en circunstancias limitadas en las que los investigadores protegerán la información.
- **Según lo exija la ley:** el IDPH compartirá información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) para una revisión de cumplimiento o investigación de quejas o con un representante personal designado por usted o designado por la ley.

- **Demandas y acciones legales:** IDPH puede compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.
- **Actividades de salud pública e informes de salud pública:** el IDPH tiene permitido divulgar información médica 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 entidades de protección de la salud del IDPH. (por ejemplo, Oficina de Enfermedades de Transmisión Sexual).
- **Otras agencias:** IDPH puede compartir su información con otra agencia que administre un programa gubernamental que brinde beneficios públicos, con respecto a la elegibilidad o la información de inscripción, y para coordinar, administrar y administrar mejor los programas gubernamentales y para la coordinación del tratamiento y la atención del programa del Departamento.

IDPH sigue las pautas de HIPAA. IDPH también sigue cualquier ley federal o estatal que brinde mayores protecciones de 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" que no está legalmente disponible para el público en general de los registros del gobierno federal, estatal o local, 815 ILCS 530; la Ley Federal de Confidencialidad de Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas con respecto a la divulgación de información sobre drogas o alcohol, 42 USC §290dd-2; 42 CFR Parte 2; y la Ley Federal de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia con respecto a la privacidad de los registros educativos, 20 USC §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 de salud protegida. IDPH le notificará según lo exige la ley cuando haya una violación de su información de salud protegida no segura. En algunas circunstancias, el socio comercial de IDPH puede proporcionarle la notificación.
- IDPH debe seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y darle una copia del mismo.
- IDPH no usará ni compartirá su información para ningún propósito no descrito en este Aviso sin su permiso por escrito. Si autoriza al IDPH a usar o divulgar su información de salud, en la mayoría de los casos, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Su revocación entrará en vigencia a partir de la fecha en que IDPH reciba la revocación. (Los formularios de Autorización y Revocación están disponibles en el sitio web Ryan White Parte B de IDPH).
- IDPH debe obtener 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 médica protegida. Sin embargo, el IDPH deberá obtener su autorización antes de vender su información de salud protegida o divulgar su información de salud protegida con fines de mercadeo.

TUS 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 por teléfono, a través de un traductor o en su casa en lugar de su lugar de trabajo. IDPH aceptará todas las solicitudes razonables.
- **Solicite una copia de este Aviso de privacidad:** tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso electrónicamente. Una versión electrónica de este Aviso de prácticas de privacidad también está disponible en el sitio web de IDPH: www.idph.state.il.us
- **Inspeccionar y modificar la información de salud protegida:** tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida en cualquier momento. En el momento de la inspección, puede solicitar una modificación de su información. IDPH se reserva el derecho de rechazar su solicitud de enmienda.

- **Elija a alguien para que actúe en su nombre:** Puede otorgarle a alguien un poder notarial médico, o se le puede nombrar un tutor legal para que ejerza sus derechos y tome decisiones sobre su salud. Antes de que IDPH tome alguna medida, IDPH confirmará que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre.
- **Derecho a la contabilidad de las divulgaciones:** tiene derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de información de salud protegida según lo dispuesto por 45 CFR 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 EE. UU. Puede presentar una queja ante el Director de Privacidad del IDPH dentro de los 180 días de la sospecha de violación en la dirección donde recibe los servicios que se indican a continuación, o puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles por 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 ante IDPH o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Sus opciones: tiene derecho a solicitar que IDPH restrinja los usos o divulgaciones de su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento o el pago de operaciones de atención médica. Sus solicitudes deben estar claramente expresadas. IDPH no está obligado a aceptar sus solicitudes. IDPH no participa en la 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:

Departamento de Salud Pública de Illinois
535 West Jefferson Street, quinto piso
Springfield, IL 62761
Teléfono – 217-557-2556

ESTA SECCIÓN DESCRIBE SUS OBLIGACIONES CON RESPECTO A LA INSCRIPCIÓN EN EL SEGURO.

POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

El Programa Ryan White Parte B debe 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 Precio ha aumentado el acceso a algún tipo de cobertura de seguro para todas las personas. Para garantizar el cumplimiento de los requisitos del pagador federal de último recurso, todos los Participantes del Programa que son elegibles para cobertura de seguro a través de las áreas identificadas a continuación deben inscribirse en dicha cobertura cuando esté disponible. Hay una variedad de opciones para las que los participantes del programa pueden calificar. Estas opciones incluyen Medicaid tradicional, Medicaid ampliado/Planes de atención administrada, Medicare y seguros privados que incluyen planes basados en el empleador, planes del Mercado de Seguros de Illinois y planes de seguros privados fuera del mercado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su administrador de casos o el agente principal local para encontrar al coordinador de beneficios médicos en su área.

Al firmar este documento, reconozco y entiendo las declaraciones a continuación y acepto cumplir con cualquier requisito identificado en este documento.

- Entiendo que debo inscribirme en la cobertura de salud a través de una de las formas enumeradas anteriormente, para satisfacer los requisitos federales de pago de último recurso.
- Entiendo que el incumplimiento de este requisito podría poner en peligro mis futuras inscripciones debido a los requisitos de ahorro de costos.
- Entiendo que el Programa Ryan White Parte B de Illinois puede ayudarme con los costos de mis primas para cualquier plan de seguro que califique para este servicio. Si mi plan de seguro no cumple con estos requisitos, no podré recibir este servicio del programa.
- Entiendo que si el Programa Ryan White Parte B de Illinois me ayuda con los costos de las primas de mi seguro, debo surtir mis medicamentos en la farmacia contratada por el Programa.

- Entiendo que si no obtengo mis medicamentos en la farmacia contratada por el Programa durante más de 90 días, el Programa suspenderá los pagos a mi proveedor de seguros y yo seré responsable de realizar dichos pagos.
- Entiendo que si soy 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 Precio (elegible para Beneficios de Veteranos o una persona de herencia indígena americana), todavía tengo opciones de cobertura de seguro disponibles para mí y que estas opciones son resaltado arriba.
- Entiendo que si soy elegible para la cobertura de Medicare pero no estoy inscrito, incurriré en multas adicionales DE POR VIDA por CADA AÑO que no me inscriba.

ESTA SECCIÓN DESCRIBE SUS OBLIGACIONES CON RESPECTO A LA DECLARACIÓN DE INGRESOS.

POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE .

Al firmar este formulario, reconozco que la información que he proporcionado con respecto a los ingresos de mi hogar es actual y precisa e incluye todos los ingresos de todos los miembros del hogar correspondientes. Si informo que mi hogar no tiene ingresos, reconozco que proporcioné una explicación actual, honesta y completa sobre cómo mi hogar cumple con los gastos mensuales sin tener ingresos. También reconozco que es mi responsabilidad notificar al programa sobre cualquier cambio en mis ingresos dentro de los 10 días hábiles posteriores al cambio para que se pueda volver a determinar mi elegibilidad.

Ingreso incluye, pero es no limitado a:

- Salarios Brutos, salarios, Con el tiempo pagar, comisiones, Tarifa, consejos, y bonos
- Neto ingreso de la operación de a negocio o alquiler o verdadero personal propiedad
- Interés, dividendos, y otro neto ingreso de alguna amable por verdadero personal propiedad
- Periódico pagos recibí de Social Seguridad, anualidades, seguro políticas, Jubilación fondos, pensiones, discapacidad o muerte beneficios, y otro similar tipos de ingreso ingresos
- A tanto alzado - suma pago(s) por la retrasado comienzo de a periódico pago (excepto como proporcionó en 24 CFR 5.609(b)(5))
- Pagos en lugar de ganancias, semejante como desempleo y discapacidad compensación, del trabajador compensación, y ruptura pagar
- Público asistencia
- Pensión alimenticia y niño apoyo pagos (ya sea mediante la Corte sistema o no)
- Regular pagar, especial pagar, y asignaciones de a cabeza de familiar o cónyuge quién es a miembro de el armado Efectivo (ya sea o no viviendo en la vivienda)
- Regular monetario regalos de familia y/o amigos

Entiendo que cualquier tergiversación de información o falta de divulgación de la información solicitada en este formulario puede descalificar a mí de participación en el Programa , incluidos los servicios de vivienda, y puede ser jardines por terminación de asistencia Entiendo que es ilegal proporcionar información falsa al gobierno al solicitar programas federales de beneficios públicos según la Ley de recursos civiles contra el fraude de programas de 1986, 31 USC §§ 3801- 3812.

ESTA SECCIÓN DESCRIBE SUS DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS.

POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE .

DERECHOS

- Tiene derecho a ser tratado con respeto, dignidad, consideración y compasión.
- Tiene derecho a recibir servicios oportunos, respetuosos y de alta calidad del personal de todos los proveedores sin discriminación por motivos de raza, sexo/género, etnia, origen nacional, religión, edad, valores o creencias, orientación sexual, física y/o o capacidad mental, o estado civil.
- Tiene derecho a participar en el desarrollo de su plan de atención individualizado.
- Tiene derecho a recibir información y educación actualizadas sobre el VIH, los servicios, los medicamentos y las opciones de tratamiento disponibles para usted.
- Tiene derecho a llegar a un acuerdo con su administrador de casos sobre la frecuencia de contacto que tendrá, ya sea en persona o por teléfono.
- Tiene derecho a que los registros de administración de su caso se traten de manera confidencial en todo momento .

- Tiene derecho a solicitar copias de todos los documentos firmados ya revisar todo su expediente de servicio, con la excepción de sus notas médicas y no médicas de administración de casos.
- Tiene derecho a apelar las decisiones con las que no está de acuerdo siguiendo los procedimientos de presentación de quejas que se describen a continuación.
- Tiene derecho a no ser objeto de amenazas o abusos físicos, sexuales, verbales y/o emocionales.

RESPONSABILIDADES

- Usted es responsable de tratar a los demás participantes del programa y al personal del proveedor de servicios con respeto y cortesía en todo momento. No se tolerará el comportamiento o el lenguaje amenazante o abusivo, y los servicios pueden suspenderse o terminarse, y algunos casos se derivarán a las autoridades policiales correspondientes.
- Usted es responsable de proteger la confidencialidad de otros participantes del programa que pueda encontrar durante su inscripción en el programa.
- Usted es responsable de participar en el desarrollo de su plan de atención individualizado.
- Usted es responsable de notificar al Programa cualquier inquietud relacionada con su plan de atención o cambios en sus necesidades de servicios.
- Usted es responsable de asistir a sus citas o de llamar con 24 a 48 horas de anticipación para cancelar o cambiar una cita.
- Usted es responsable de informar al Programa sobre cambios en su dirección, número de teléfono, ingresos o cobertura de seguro y de responder a las llamadas o cartas del administrador de casos de manera oportuna.
- Usted es responsable de proporcionar al Programa cualquier solicitud de pago de cuentas o facturas dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta.
- Usted es responsable de solicitar todos los demás programas de servicio y obtener cualquier cobertura de salud disponible que el Programa le solicite para garantizar que el programa mantenga su condición de pagador de último recurso.
- Usted es responsable de presentar correctamente sus impuestos cada año y debe proporcionarle al Programa sus declaraciones de impuestos actuales si está recibiendo asistencia con la prima para un plan del Mercado de Seguros de Illinois.
- Usted es responsable de permanecer bajo cuidado visitando a su médico con regularidad y tomando los medicamentos recetados para mejorar y mantener su salud y bienestar.
- Usted es responsable de volver a certificar su elegibilidad con el Programa como mínimo cada doce meses al proporcionar toda la documentación necesaria para completar y enviar una Evaluación de elegibilidad a través de su administrador de casos, su especialista en elegibilidad o en línea en <https://ilcare.providecm.net>.

PROCEDIMIENTO AGRAVIADO

Usted o su representante pueden presentar una apelación si tienen motivos justificados para protestar, quejarse o estar en desacuerdo con una decisión sobre la elegibilidad para la prestación de servicios a través del programa Illinois Ryan White Parte B. Hay dos métodos para iniciar una apelación formal.

Nivel regional

Si un subreceptor o concesionario lo ha considerado no elegible para los servicios a nivel regional, deberá seguir los procedimientos de queja establecidos y proporcionados por el subreceptor o concesionario.

Nivel estatal

Si se ha considerado que no es elegible para los servicios de Asistencia con medicamentos o Asistencia con primas, deberá seguir los procedimientos de presentación de quejas que se describen a continuación:

1. Usted, o su representante, debe proporcionarle al Programa, por escrito, la razón por la cual el Programa debe reconsiderar la decisión inicial de denegar los servicios. Esto debe proporcionarse al Programa dentro de los 10 días hábiles posteriores a la denegación inicial. La apelación formal debe incluir su nombre, dirección, número de seguro social (si corresponde), fecha de nacimiento, una descripción detallada del problema o motivo de la apelación y la documentación asociada disponible.
2. El Programa revisará la apelación y se emitirá una decisión dentro de los 5 días hábiles. Si estaba inscrito en el programa en el momento de la denegación, puede calificar para una inscripción temporal para permitir el envío de un medicamento mientras el Programa considera la apelación.
3. Si se solicita documentación adicional, tendrá 10 días hábiles para proporcionar nueva documentación para que el Programa la considere. Una vez suministrada esta documentación, el Programa tomará una decisión dentro de los 10 días hábiles. Si al final de los 10 días hábiles no proporciona la nueva documentación, se le cerrará el programa. Si ha elegido recibir correo del Programa, se le enviará una carta con la determinación del Programa. Todas las determinaciones hechas por el Programa durante esta fase son definitivas.

PÁGINA DE FIRMA

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 que se enumeran a continuación, y entiendo que debo incluir estos contactos en cada envío de este formulario para permitir que el Programa para continuar compartiendo mi información con ellos.

Nombre individual (letra de imprenta)

(____) ____ - ____
Teléfono

¿Es este individuo consciente de su estado? ☒ Sí ☐ No

Nombre individual (letra de imprenta)

(____) ____ - ____
Teléfono

¿Es este individuo consciente de su estado? ☐ Sí ☐ No

Nombre individual (letra de imprenta)

(____) ____ - ____
Teléfono

¿Es este individuo consciente de su estado? ☐ Sí ☐ No

Nombre del cliente	Inicial del segundo nombre	Apellido del cliente
Número de Seguro Social (Deje en blanco si no hay un número de SS válido para el cliente)	Fecha de nacimiento (mm/dd/ aaaa)	

he recibido una copia de este documento y reconozco que tendré que firmar este documento en cada determinación de elegibilidad.

Firma del cliente (mayores de 12 años)

Fecha (mm/dd/ aaaa)

Padre/Tutor (si es menor de 12 años) o Representante Legal

Fecha (mm/dd/ aaaa)