

Formulario de solicitud inicial del programa Ryan White parte B de Dakota del Sur
(Enviar a: Ryan White Part B Program, Department of Health, 615 E. 4th Street, Pierre, SD 57501)

Nombre:		Fecha de nacimiento:		Número de caso (uso interno)	
Dirección física:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono principal:	Teléfono secundario:		Género:	Raza:	Hispana/Latina Sí No
¿Cuál es la mejor hora para comunicarnos con usted?					
Número de seguro social:					
Dirección postal:					
Current Physician		CD4: Carga viral:	Fecha: Fecha:		
Estado en el que fue diagnosticado:			Fecha del diagnóstico:		
¿Es menor de 18 años de edad? Sí No			¿Es usted un veterano? Sí No		
			¿Recibe beneficios de veterano? Sí No		
Cobertura de seguro – Información de seguro del solicitante SOLAMENTE					
¿Tiene actualmente cobertura de seguro odontológico? SÍ NO (si es afirmativo) Nombre del prestador de cobertura odontológica:					
¿Tiene actualmente cobertura de seguro de salud? SÍ NO (si es afirmativo) brinde información a continuación:					
Medicaid Sí No Número:			Medicare Sí No - Medicare parte D Sí No Compañía de Parte D: Número de Parte D:		
Seguro privado: Sí No Compañía: Pago mensual:			Cobertura a través del empleador: Sí No Nombre del empleador: Nombre del plan de salud: ¿Es de COBRA? Sí No <i>(tengo empleo actualmente)</i>		
Ingreso familiar; anote todos los miembros del grupo familiar que mantiene					
Nombres		Fechas de nacimiento		Ingreso bruto anual	
Total de ingresos:					
<p>Certifico que toda la información que antecede es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Las declaraciones falsas deliberadas someterán a los solicitantes a procesamiento judicial bajo los estatutos estatales y federales aplicables,. Mediante mi firma autorizo al Departamento de Salud de Dakota del Sur a proveer a los administradores de caso de Ryan White parte B CARE o Ryan White parte C de Dakota del Sur una copia de esta solicitud y documentos asociados al programa Ryan White parte B CARE. Esta autorización puede ser cancelada por escrito en cualquier momento excepto en la medida que el programa Ryan White parte B CARE haya tomado acción sobre ella. Si no se cancela, esta autorización caducará en un año o en la siguiente fecha específica:</p> <p>Ingrese la fecha (un año desde la fecha de la firma): _____.</p> <p>Firma del solicitante: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma del tutor (si el cliente es menor de 18): _____</p> <p>Firma del testigo: _____</p>					