



RWPC Recertificación

County of San Diego | Health and Human Services Agency

El Programa Ryan White de Atención Primaria (RWPC) no cubre todos los servicios médicos. No cubre hospitalización, y no cubre servicios de emergencia. **A los pacientes con otra cobertura médica se les exigirá reembolsar el costo de los servicios recibidos bajo el RWPC.**

Apellido paterno	Nombre(s)	Inicial	Nº Seguro Social	Fecha de nacimiento

1) ¿Está usted actualmente inscrito en LIHP? Sí, No

Si respondió "Sí", firme y ponga la fecha y regrese el formulario al personal de la clínica; si respondió "No", continúe con la siguiente pregunta.

2) ¿Tiene usted seguro médico o cobertura Medi-Cal o Medicare? Sí, No

Si es "Sí", nombre de la Aseguradora: _____ No. de Póliza: _____

ALTO AQUÍ. No tiene derecho a los servicios médicos Ryan White de atención primaria y debe usar su cobertura actual.

Si es "No", continúe con la siguiente pregunta.

3) ¿Tienes entre 21 años y 64 años 9 meses de edad? Sí, No?

Si respondió, "Sí", continúe con la siguiente pregunta.

Si respondió, "No" y si tiene 21 años de edad o menos, tendrá que solicitar Medi-Cal; Si tiene 64 años 9 meses de edad o más, debe solicitar Medicare.

4) ¿Es usted ciudadano de EE.UU. o residente legal permanente (LPR) por cinco años o más? Sí, No Si usted es un LPR con

menos de 5 años de residencia, puede ser exento del requisito de cinco años para LIHP (pregunte al personal de la clínica para una lista completa). Si respondió "Sí", continúe con la siguiente pregunta, y si respondió "No", firme y ponga la fecha a continuación y devuelva el formulario al personal de la clínica.

5) ¿Tiene usted una carta de su médico indicando que está física o mental discapacitado? Sí, No?

Si respondió "Sí", usted puede ser elegible para Medi-Cal, notificar al personal de la clínica y completar la Solicitud RWPC (RW1)

Si respondió, "No", continúe con la siguiente pregunta.

6) ¿Han cambiado sus ingresos últimamente desde que se inscribió en RWPC? Sí, No?

Si respondió "Sí", usted puede ser elegible para el PLSI, notifique al personal de la clínica y complete la Solicitud RWPC (RW1)

Si respondió "No", firme y ponga la fecha y devuelva el formulario al personal de la clínica.

Las declaraciones anteriores son verídicas a mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de la información de mi expediente médico al Condado de San Diego y al contratista administrativo del programa Ryan White. Quedo enterado que la información que he proporcionado se encuentra sujeta a verificación. También me doy por enterado que perderé mis derechos a los servicios Ryan White por ocultar, o deliberadamente proveer información falsa. Recibí un ejemplar de la hoja informativa para pacientes sobre el Programa Ryan White de Atención Primaria y entiendo cuáles servicios se encuentran cubiertos y cuáles no.

Firma: _____ Fecha: _____



The patient's medical record supports RWPC eligibility.

Clinic Staff Name: _____ Clinic: _____ Phone: _____

Providers: Direct questions about this application to the HIV, STD, and Hepatitis Branch at (619)293-4712.

Distribution: white to UnitedHealthcare with a **confidential** coversheet; yellow to patient; pink to patient file

RW-3S (May 2012)