# Autodeclaración anual de cambios en los requisitos de recertificación

El derecho a mantener los servicios de Ryan White Parte B requiere ser actualizados cada doce meses. Los clientes pueden ser recertificados al final del mes calendario en el que se requiera su recertificación.

La constancia de ingreso y de residencia deben estar en el historial del cliente; y deben estar verificadas de forma independiente por lo menos una vez cada 24 meses. Las constancias de autodeclaración pueden usarse para reducir las barreras a los servicios, pero no deben usarse dos años seguidos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | **Teléfono:** |  |
|  |  **No tengo número del Seguro Social (SSN)** |  |  |
| **Número del Seguro Social:** |  | **Fecha de nacimiento:** |  |
| **Dirección►****(Proporcione su dirección actual)** |  |
| *Si se ha mudado, le pedimos que incluya una copia de su licencia de conducir con su dirección, facturas de electricidad y agua, contrato de alquiler, u otra documentación de su nueva dirección.* |
| **Ingreso (Incluye el ingreso de su cónyuge legal o de unión libre si está casado/-a)** |
|  No tengo/No tenemos ingreso Mi/Nuestro ingreso no ha cambiado Mi/Nuestro ingreso ha cambiado | *Si su ingreso ha cambiado desde su última recertificación, le pedimos que incluya la documentación de su declaración de impuestos, dos recibos de pago consecutivos, la carta de aprobación del seguro social, o si no tienen ingreso, el formulario de certificación de no ingreso.*  |
| **Estatus del seguro médico** |
|  Medicaid Medicare Medicare Parte D |  Plan médico del ACA  Seguro médico privado  No tengo seguro médico |
| **Firma del cliente *o* del miembro del personal:** |  | **Fecha:** |  |  |
| *Declaro que mi firma en este formulario indica que la información proporcionada es verdadera y completa a mi leal saber y entender.***\*\*\*Las declaraciones dadas en persona deben ser firmadas por el cliente. Las declaraciones telefónicas deben incluir el nombre, firma, agencia, y el nombre del miembro del personal que está llenando el formulario. \*\*\*****Nombre del miembro del personal: Agencia/Programa: Teléfono #: Fax #:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |