# 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 #:**    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |