

**PROGRAMA RYAN WHITE PARTE A
FORMA PARA CAMBIO DE CE INTERINA**

INFORMACION DEL CLIENTE			
Apellido		Nombre	
		Fecha de nacimiento	
		____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DIRECCION O TELEFONO			
Direccion		Ciudad	Estado
Direccion para correspondencia (si es diferente)		Ciudad	Estado
Telefono casa	¿Podemos dejar recado?	Otro telefono	¿Podemos dejar recado?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Status de vivienda			
<input type="checkbox"/> Hogar permanente <input type="checkbox"/> Me estoy quedando con alguien <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> CAMBIO EN EL TAMAÑO DE LA FAMILIA O DE INGRESOS			
Tamaño de la familia:		Ingreso mensual:	Ingreso Anual:
<input type="checkbox"/> CAMBIO EN PAGADOR DE LA COBERTURA DE SEGURO			
Marque todos los pagadores que aplican actualmente:			
<input type="checkbox"/> AHCCCS	<input type="checkbox"/> Privado - empleador: _____	<input type="checkbox"/> Asuntos de veteranos	
<input type="checkbox"/> ALTCS	<input type="checkbox"/> Privado – individuo: _____	<input type="checkbox"/> Indian Health Service	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> FFM Plan: _____	<input type="checkbox"/> Sin seguro	
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Advantage Plan <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Full LIS	<input type="checkbox"/> Other: _____		
<input type="checkbox"/> CAMBIO EN EL NOMBRE (El cliente necesita contactar a la Oficina de CE para proveer la documentación del cambio)			
Nombre actual en CW:		Nuevo nombre para ser anotado en el CW:	
Debe ser llenado por un representante de la Agencia Proveedor de Ryan White.			
<input type="checkbox"/> Cliente referido a la Oficina de CE Fecha: _____			
_____ Firma del Representante del Proveedor		_____ Fecha	
_____ Nombre del Representante del Proveedor en letra de molde		_____ Nombre de la Agencia Proveedor	
~~~~~			
_____ Firma del Especialista de CE		_____ Fecha	
_____ Nombre del Especialista de CE en letra de molde		Fecha anotado por el CE: _____	