



**RECERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA ND RYAN WHITE PARTE B**  
 DEPARTAMENTO DE SALUD DE DAKOTA DEL NORTE  
 DIVISIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y POR LA SANGRE  
 SFN 58583 (Rev. 07-2021)

**Complete este formulario y devuélvalo a su administrador de casos de Ryan White antes del 31 de octubre para que los servicios de Ryan White y ADAP continúen después del 1 de noviembre.**

**Información del Cliente**

Nombre	Fecha de Nacimiento	ND Ryan White Número de cliente		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
Dirección Postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número Telefónico	Correo electrónico			

**Estado de Ingresos y Vivienda**

¿Han cambiado sus ingresos desde que se reinscribió en abril?  
 No  **Sí (proporcione un mes de comprobantes de pago)**

Seleccione su tipo de vivienda.  
 Vivienda permanente (apartamento, casa, pensión)  Alquiler  Propio  
 Temporal (vivienda de transición para personas sin hogar, quedarse con amigos o familiares)  
 Inestable (refugio de emergencia, cárcel, vehículo, calles, hotel o motel pagado con fondos de emergencia)

**Información de Cobertura de Salud**

¿Ha cambiado su cobertura de salud desde abril?  
 No  **Sí (proporcione una copia de la tarjeta, anverso y reverso)**

Seguro Privado	Medicaid	Medicare	Otro	<input type="checkbox"/> Seguro de Mercado pagado por el programa Ryan White	<input type="checkbox"/> No tengo cobertura médica desde (fecha):
<input type="checkbox"/> Basado en el empleador <input type="checkbox"/> Privado individual <input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Expansión <input type="checkbox"/> Doble elegibilidad (Medicaid/Medicare)	<input type="checkbox"/> Parte A/B <input type="checkbox"/> Parte D (cobertura de medicamentos)	<input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> Otro:	Si lo selecciona, complete el formulario de Certificación y Detección de Cobertura Médica.	
Nombre del Proveedor de Seguros (p. ej., BCBS)			ID. del Afiliado	Fecha de Inicio de la Póliza	
Nombre del Proveedor de Seguros (p. ej., BCBS)			ID. del Afiliado	Fecha de Inicio de la Póliza	

Firma del Cliente	Fecha
Administrador de Casos	Fecha