

DECLARATION OF RESIDENCY/NO INCOME OR SUPPORT/INSURANCE INELIGIBILITY DECLARACION DE RESIDENCIA/ FALTA DE INGRESO O APOYO / NO ELEGIBLE PARA EL SEGURO

Michigan Department of Health and Human Services

Residencia Actual (letra de imprenta)

Apellido Legal	Inicial del 2º Nombre	Nombre Legal	
Número de MIDAP (si se corresponde)		Número del Seguro Social	
Fecha de Nacimiento		Número Telefónico	
Domicilio		Nº de Apartamento, Nº de Lote, Nº de Suite	
Ciudad		Estado	Código Postal

Este formulario de declaración es para la determinación de elegibilidad en relación a lo siguiente: (marque donde se corresponde)

- Declaración de Residencia**
Al firmar este formulario, por la presente certifico que la residencia que figura más arriba es la residencia principal del solicitante que figura más abajo. *Entiendo que este formulario **debe** ser firmado por una tercera parte que no puede ser un miembro de mi hogar.*
- Declaración de Falta de Ingreso o Apoyo**
Al firmar este formulario, por la presente certifico que no cuento con una fuente de ingresos ni apoyo adicional. Si en algún momento mis circunstancias cambian en relación a percibir un ingreso o apoyo, comunicaré este cambio a Ryan White Programs (Programas Ryan White), Michigan Drug Assistance Program (Programa de Asistencia de Drogas de Michigan), y/o Michigan Dental Program (Programa de Odontología de Michigan).
- Declaración de No Elegibilidad para el Seguro**
Como solicitante de Ryan White Programs, del Michigan Drug Assistance Program, y/o del Michigan Dental Program, doy fe de que actualmente no soy elegible para cualquier otra forma de cobertura de seguro médico. Si en algún momento mis circunstancias cambian, y me encuentro apto para la cobertura del seguro médico, realizaré los pasos necesarios para asegurar que estoy inscrito en el plan de seguro médico adecuado. Comunicaré mi inscripción a Ryan White Programs, al Michigan Drug Assistance Program y/o al Michigan Dental Program.

Se requiere a Ryan White Programs, Michigan Drug Assistance Program y Michigan Dental Program documentar de forma rigurosa y hacer un seguimiento vigoroso a fin de verificar que los programas sean un "Pago de Última Instancia" sobre todos los servicios provistos. Con la implementación de la Ley de Cuidado Asequible (Affordable Care Act), los residentes de Michigan han incrementado su acceso a tipos de cobertura de seguro expandida. Para asegurar el cumplimiento con los requisitos de Pago Federal de Última Instancia (Federal Payer of Last Resort), se solicita a los clientes sin seguro entregar este formulario completo por cada determinación de elegibilidad.

Certificación

Nombre del Solicitante en Imprenta	Firma del Solicitante	Fecha
------------------------------------	-----------------------	-------

Firma de la Tercera Parte para Residencia Unicamente

Nombre en Imprenta de la Tercera Parte	Firma de la Tercera Parte	Fecha	Nº Tel. de la Tercera Parte
--	---------------------------	-------	-----------------------------

Este formulario de declaración es para determinar la elegibilidad del cliente sobre lo siguiente: (marque donde se corresponde)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Programas de agencias financiadas por Ryan White , asegúrese de guardar una copia en el archivo del cliente.. | |
| <input type="checkbox"/> Procesamiento de la solicitud del Michigan Drug Assistance Program , envíe por correo o fax el formulario de declaración completo junto con la solicitud completa del MIDAP al domicilio/ número de fax que figura a continuación:

Michigan Drug Assistance Program (MIDAP)
Tel: 888-826-6565 Fax: 517-335-7723
109 Michigan Avenue, 9 th Floor, Lansing, MI 48913 | <input type="checkbox"/> Procesamiento de la solicitud del Michigan Dental Program envíe por correo o fax el formulario de declaración completo junto con la solicitud completa del MDP al domicilio/ número de fax que figura a continuación:

Michigan Dental Program (MDP)
Tel: 844-648-3384 Fax: 517-763-0220
109 Michigan Avenue, 5 th Floor, Lansing, MI 48913 |

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, información genética, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad.