

**CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN, Y CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN**  
**POR FAVOR, LEA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE, Y LUEGO PONGA**  
**SUS INICIALES EN LA CASILLA A LA IZQUIERDA DE CADA DECLARACIÓN.**  
**SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR, PIDA ACLARACIÓN ANTES DE PONER SU INICIAL.**  
**ESTA SOLICITUD ES UN DOCUMENTO LEGAL.**

INICIALES	Yo entiendo que toda la información proporcionada por y pertinente a mí es confidencial y puede constituir Información de Salud Protegida. Toda la información de salud personal será mantenida de manera confidencial y segura.
INICIALES	Por la presente, yo certifico que soy VIH positivo/a y/o que tengo un diagnóstico clínico de SIDA.
INICIALES	Yo entiendo que es requerido por ley en Wyoming que los nombres de personas con enfermedades transmisibles (incluyendo VIH y SIDA) sean informados al Departamento de Salud de Wyoming. Yo entiendo que la información que yo he proporcionado en esta solicitud será compartida con el Programa de Vigilancia del VIH del Departamento de Salud de Wyoming para propósitos de reportaje de enfermedades en conformidad con las leyes estatales. Yo además entiendo que, si mi nombre no ha sido previamente reportado al Departamento, yo puedo ser contactado confidencialmente por un representante del Departamento para completar informes de caso y seguimiento.
INICIALES	Yo entiendo que información de salud, tratamiento y servicios de apoyo específica a mí como cliente será recopilada y mantenida en la base de datos encriptada del programa CAREWare, el cual es operado y mantenido por el Departamento de Salud de Wyoming. Yo entiendo además que esta información puede ser recopilada y utilizada para propósitos de reportaje, pero que lo mismo se hará sin revelar nombres ni cualquier otra información que pudiera identificar a un cliente en específico.
INICIALES	Por la presente, yo certifico que en esta solicitud yo he divulgado <b>TODAS</b> las fuentes de ingreso del hogar, incluyendo fuentes de seguros u otras maneras de asistencia pública para las cuales yo y/u todas las otras personas en mi hogar son elegibles. Yo certifico además que yo no tengo ningunas otras fuentes de dineros o beneficios no divulgados que podrían ser utilizados para pagar por los servicios que estoy solicitando.
INICIALES	Yo entiendo que la asistencia que solicito depende, en su totalidad o en parte, de fondos o concesiones estatales y/o federales. Decisiones con respecto a estos fondos tomadas por la Legislatura de Wyoming, el Congreso de los E.E.U.U., el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano Federal, y/o el Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal pueden resultar en la limitación o terminación de cualquiera y todos los programas en cualquier momento.
INICIALES	Yo entiendo que los programas de asistencia para los cuales yo estoy solicitando funcionan como pagadores de último recurso para proporcionar servicios médicos y servicios de apoyo que sean necesarios y que yo de otra manera no podría recibir. <b>LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA LOS CUALES YO ESTOY SOLICITANDO NO SON PROGRAMAS DE DERECHO A BENEFICIOS.</b>
INICIALES	Yo entiendo que pagos por todos los bienes y servicios bajo estos programas solamente pueden ser autorizados por un agente del Programa de Servicios Para el VIH del Departamento de Salud de Wyoming. Yo entiendo además que, si yo obtuviese bienes o servicios que no hayan sido debidamente autorizados, yo seré exclusivamente responsable de pagar por los mismos.
INICIALES	<b>Yo acuerdo a notificar a mi(s) Manejador(es) de Caso inmediatamente por cualesquiera cambios en mi dirección, número(s) de teléfono(s), estado civil o de familia, cobertura de seguro, y/o elegibilidad para otros programas de asistencia pública.</b>
INICIALES	Yo reconozco que tengo la responsabilidad de cooperar con todas las peticiones razonables hechas por mi(s) Manejador(es) de Caso al llevar a cabo su(s) responsabilidades con relación a mi tratamiento y a mi elegibilidad para los programas para los cuales estoy solicitando.
INICIALES	<b>RECONOCIMIENTO DE PROGRAMA SEPARADO</b> Yo entiendo que los programas Ryan White Parte B, ADAP, Servicios de Intervención Temprana (Early Intervention Services, o EIS) Parte C, y HOPWA son administrados por el Departamento de Salud de Wyoming, basado en Cheyenne. Yo entiendo que las clínicas EIS son administradas por médicos contratados que no comparten los requisitos de personal, localización, administración, compartido de costos, u operaciones diarias del Departamento de Salud de Wyoming.  <b>Yo por la presente reconozco que, al fijar mis iniciales en las casillas a la izquierda, estoy solicitando la asistencia de programas financiados separadamente, y que yo doy mi consentimiento para compartir este formulario de solicitud con el personal de proveedores de EIS, conjuntamente con toda la documentación que apoya la solicitud.</b>