Shepherd Wellness Community
Helping people living with HIV/AIDS improve their wellness

Formulario de solicitud de miembro

Shepherd Wellness Community
4800 Sciota Street
Pittsburgh, Pennsylvania 15224

Para convertirse en miembro de Shepherd Wellness Community, complete este formulario. Nuestras fuentes de financiamiento requieren la siguiente información. Esta información es confidencial y solo será vista por un número limitado de personal de SWC. Su información está protegida en toda la extensión de la Ley de Confidencialidad del VIH del Estado de Pensilvania, comúnmente conocida como "Ley 148".

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección Calle y ciudad:_____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de contacto: _____-_____-_____ ¿Es este un ❒ Móvil (celular) o ❒ Línea fija?
¿Podemos llamar o dejar un mensaje a este número? ❒Sí ❒ No

Dirección de correo electrónico: _____¿Podemos agregarlo a la lista de correo de SWC? ❒ Sí ❒ No

Género: ❒ Masculino ❒ Femenino ❒ Transgénero M a F ❒ Transgénero F a M ❒ No binario
Pronombre(s) preferido(s): _____
Contacto de emergencia
Nombre: _____ Teléfono: _____-_____-_____ Relación: _____
¿Esta persona es consciente de su estado serológico? ❒ Sí ❒No

Raza (elija el grupo o grupos con los que más se identifica):

❒ Afroamericano ❒Indio americano/nativo de Alaska ❒Nativo de Hawái/isleño del Pacífico ❒Blanco

¿Eres de origen asiático? Indique: ❍ Indio ❍ Chino ❍ Filipino ❍ Japonés ❍ Vietnamita ❍ Coreano ❍ Otro

¿Eres de origen hispano? Por favor indique: ❍Mexicano, Mexicano/Americano, Chicano/a ❍ Puertorriqueño ❍ Cubano ❍ Otro

Shepherd Wellness Community
Helping people living with HIV/AIDS improve their wellness

Formulario de solicitud de miembro

Shepherd Wellness Community
4800 Sciota Street
Pittsburgh, Pennsylvania 15224

¿Cuál es su estatus de VIH? ❒ VIH positivo (sin SIDA) ❒ VIH positivo (estado de SIDA desconocido)
Fecha de diagnóstico (mm/aa): _____
❒ Fecha de diagnóstico de SIDA definida por los CDC (mes/año): _____

Fuente de infección por VIH: ❒ Varón que tuvo relaciones sexuales con Varón(es) ❒ Consumo de drogas inyectables
❒ Contacto heterosexual ❒ Hemofilia/trastorno de la coagulación ❒ Recepción de transfusiones de sangre
❒ Transmisión perinatal ❒ No informado

Seguro primario: ❒ Privado: individual ❒ Privado: empleador ❒ Medicare Parte A/B ❒ Medicare Parte C
❒ Medicare Parte D ❒ IHS ❒ Medicaid ❒ VA u otro seguro militar ❒ Otro ❒ Sin seguro

¿Se compró su seguro de salud a través del mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)? ❒ Sí ❒ No

¿Quién es su médico o proveedor de atención primaria de la salud?
❒ PACT ❒ Clínica de salud positiva ❒ Aliados ❒ Alcance central ❒ Ninguno ❒ Sala de emergencia
❒ Práctica privada _____ ❒ Otro _____

Su arreglo de vivienda: ❒ Estable/Permanente ❒ Inestable ❒ Temporal ❒ Sin hogar❒ Desconocido

Número de personas que viven en su hogar: _____
¿Tiene hijos biológicos o adoptados legalmente viviendo con usted? ❒Sí ❒No

Si la respuesta es "Sí", escriba sus nombres y fechas de nacimiento: _____

Ingreso Anual: ❒ $0-15,060 ❒ $15,060-30,120 ❒ $30,120-45,180 ❒ $45,180-60,240 ❒ $60,240-75,300
❒ más de $75,300

¿Está certificado para recibir servicios financiados por Ryan White?
❒ Sí ¿Dónde? _____ Fecha de certificación: _____
❒No. Hable con un miembro del personal de SWC sobre la cuestión de la certificación.

ACEPTO RECIBIR SERVICIOS FINANCIADOS POR RYAN WHITE DE SWC

Firma _____ Fecha _____/_____/_____ Actualizado **2/1/2024**