

Required Documentation and/or Forms for

Ryan White Part A and B Client Assistance Fund (CAF) Requests

Before submitting a CAF request, please make sure you have reviewed the CAF Policies and Procedures.

1. ACT Fax Checklist: This document outlines all materials needed to be submitted with a CAF Request. Ensure that all materials are submitted with a request by checking off materials included in the application on the checklist.
2. Request for Service Form: This form outlines the assistance requested and other resources that the client attempted to access, due to the fact that RW is a payer of last resort. Please utilize the fillable PDF and submit typed forms versus handwritten.
3. Referral: Referrals for Part A services can be made through CAREWare. Please submit an **INTERNAL referral to AIDS CONNETICUT in CAREWARE**. Referrals for Part B services can be made through **e2Connecticut to Advancing CT Together**.
4. Up-to-Date Annual Review: The annual review includes an assessment of the *client's income, needs for mental health and substance use services and housing arrangement*.
5. Ryan White Eligibility Worksheet and Income Verification: There are two Ryan White required forms, along with income verification required for a CAF request to be considered. The two required forms are: Ryan White Eligibility Worksheet and Client CAP and Sliding Fee Determination. Income verification includes: two consecutive, **recent** bi-weekly paystubs, four consecutive **recent** weekly paystubs, unemployment, and SSI statement. Clients or other household members with no income are required to fill out a Zero Income Affidavit. Notarized letters documenting income if the client works odd jobs or under the table will be considered on a case-by-case basis. **The Eligibility Worksheet and Income Verification expires every twelve months.**
6. Release of Information: The Release of Information (ROI) grants the referring case manager/agency permission to share the client's information with Advancing Connecticut Together. The ROI is **valid for 24 months** from the date of client's signature.

5. ACT Bill of Rights: The ACT Policies and Procedures outline the client's rights as a participant in ACT's programs, ACT's privacy and consent/release of information practices, and ACT's grievance procedure. This form is **for the duration of the client's services**.
6. Ryan White Consent Form: This form grants the referring agency consent to coordinate services on the client's behalf. This form is **valid 24 months** from the date of client's signature.
7. ACT CAREWare Consent for Sharing: This form grants ACT the right to share the client's CAREWare information with the referring agency and other agencies for the coordination of services and for the agency to input data into CAREWare. This form should be made out to Advancing CT Together and is **valid for 24 months** from the date of client's signature.
8. ACT e2CT Consent for Sharing: This form grants ACT the right to share the client's e2CT information with the referring agency and other agencies for the coordination of services and for the agency to input data into e2CT. This referral should be made out to Advancing CT Together and is **valid for 24 months** from the date of client's signature.
9. Proof of Identification or CAF/HAF Attestation: Valid copy of client's ID, Drivers License, or Passport is required per e2CT requirement. If documentation is not available please submit CAF/HAF Attestation.
10. Up-to-Date Labs: CD4 and Viral Load labs should be within the last **twelve months**. If CD4 or Viral Load are not medically necessary every twelve months, a doctor's note should be included stating as such.
11. Supporting Documentation: Supporting documentation can include an itemized bill or detailed invoice. For co-pays, the invoice must indicate what insurance pays for and what the client owes.

FAX

TO: Advancing Connecticut Together- Client Assistance, Fax # 860-761-6711

FROM: _____ Email: _____

DATE: _____ PAGES: _____ (including cover)

RE: **ACT CAF Request**

Required Checklist:

- Request for Service Form
 - Health Insurance Premium & Cost Sharing Assistance
 - W-9 Required for this service
 - Itemized billing statement, within current grant cycle
 - Medication Assistance
 - Transportation, including Transportation Arrangement Form
 - Food Voucher
 - Utilities
- Referral in e2Connecticut or CAREWare
- ACT Demographic Form or CAREWare Demographic Report
- Up-to-date Annual Review
- Ryan White Eligibility Worksheet and Income Verification
- Release of Information to Advancing CT Together
- ACT Bill of Rights
- Ryan White Consent Agreement Statement
- ACT CAREWare Consent for Sharing
- ACT e2Connecticut Consent for Sharing
- Copy of Identification or CAF/HAF Attestation Form
- CD4/VL within last 12 months (or doctor's note stating not medically necessary)
- Supporting documentation (i.e. detailed invoice, itemized bill)

****For housing requests, please use the HAF Fax Checklist**

Client Demographics:

First Name:	MI:	Last Name:	Birth Date:	Gender:	Sex at Birth:
Address:	City:		State:	Zip Code:	Phone:

Ethnicity:	Hispanic	<input type="radio"/>	Non- Hispanic	<input type="radio"/>
Race:	White	<input type="checkbox"/>	Black or African American	<input type="checkbox"/>
	Asian	<input type="checkbox"/>	American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/>
	Native Hawaiian or Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>

Allergies:

Case Manager information		HIV Information			
Organization:		Date of HIV diagnosis			
CM Name:		HIV Status:	HIV+		AIDS
Phone #:		Date ARVs First Prescribed:			
Fax #:		Name and Contact information of HIV Medical Provider:			
Email Address:					

HIV Risk Factors:			
<input type="checkbox"/>	Male who has sex with male(s)	<input type="checkbox"/>	Heterosexual contact
<input type="checkbox"/>	Injecting Drug Use	<input type="checkbox"/>	Perinatal Transmission
<input type="checkbox"/>	Hemophilia/coagulation disorder	<input type="checkbox"/>	Receipt of transfusion of blood, blood components, or Undetermined/unknown, tissue
<input type="checkbox"/>	Risk not reported or identified		

Insurance information	
Primary Insurance	
Secondary Insurance	
Prescription Coverage	

Ryan White Release of Information

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

This is to certify that I hereby give my consent to, and authorize:

Advancing Connecticut Together

(name of agency)

(medical case manager/counselor)

to release a copy of the following information in their possession, including oral disclosure, consisting of but not limited to the following:

(INSTRUCTIONS: Client must initial to signify approval, or write "NO" to signify disapproval. All blanks must be filled in or marked "N/A", not applicable)

- _____ Medical records, including HIV related information
- _____ Psychiatric, psychological, psychotherapy or other counseling records
- _____ Alcohol and/or drug treatment related information
- _____ Public assistance
- _____ Financial
- _____ Employment
- _____ Other

OF: _____ Date of Birth: _____
(client name)

TO: _____ Advancing Connecticut Together _____
(name of agency) (case manager/counselor)

110 Bartholomew Ave, Hartford CT 06106

(address of agency)

In addition, I have been given the opportunity to review an attached list of the provider network member agencies and also authorize release of information, including oral disclosure between agencies, of the above-cited information to access services within the provider network, as follows:

(Initial to signify approval, or write "NO" to signify disapproval)

- _____ This agency only
- _____ Entire network of service providers (not valid without attached list of service providers)
- _____ Other agencies, as noted: _____

All records are confidential pursuant to Connecticut General Statutes §§ 19a-583. I understand that the records to be released may contain confidential HIV/AIDS related information. I understand that I may revoke this authorization for release at any time by notifying the above authorized person in writing, except to the extent that information has already been shared. If not revoked by me, I understand this release is valid for **twenty-four** months from the date it was signed. By signing this form, I further acknowledge that if I fail to show for scheduled medical appointments, I may be contacted by an authorized representative of the above-referenced agency in order to re-engage and link me back to care. This release shall be considered invalid without an attached a dated copy of network providers.

(Signature of client or legal representative)

(Date signed)

PROHIBITION OF REDISCLOSURE: This information is disclosed to you from records of persons whose confidentiality is protected by Federal and State law. State law and regulations prohibit you from making any further disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by said law. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. Please honor a mechanical reproduced copy of this release.

Revised 1/15; 2/6/19/828/2023

Ryan White Provider Network

	Client Initials	Client ID# _____	Client Initials
Advancing CT Together (ACT) 110 Bartholomew Ave Hartford, CT 06106		Hartford Hospital/ Brownstone Clinic 132 Jefferson Street Hartford, CT 06102	
Health Collective 1841 Broad St Hartford, CT 06114		Health Collective East 64 Church Street Manchester CT 06040	
CT Children's Medical Center 282 Washington Street Hartford CT 06106		Human Resources Agency of New Britain, Inc. 83 Whiting Street, New Britain, CT 06051	
Community Health Services, Inc. (CHS) 500 Albany Avenue Hartford, CT 06112		THOCC-New Britain Campus 100 Grand Street New Britain, CT 06050	
Community Health Center, Inc. (CHC) 675 Main Street Middletown CT 06457		Charter Oak Health Center 21 Grand St Hartford, CT 06106	
Community Renewal Team (CRT) 330 Market St Hartford, CT 06120		University of CT Medical Health Center 263 Farmington Ave. Hartford, Ct 06106	

Client Signature: _____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____

Divulgación de información de Ryan White

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio del presente documento certifico que doy mi consentimiento y autorizo a:

_____ (nombre de la agencia)

_____ (gestor de casos médicos/consejero)

a divulgar, incluso oralmente, una copia de la siguiente información que tiene en su poder, que consiste entre otras cosas de lo siguiente:

(INSTRUCCIONES: El cliente debe colocar sus iniciales para indicar su aprobación, o escribir «NO» para indicar su desaprobación. Deben llenarse todos los espacios en blanco o marcar «N/C», no corresponde)

- _____ Registros médicos, incluso la información relativa al VIH
- _____ Registros psiquiátricos, psicológicos, de psicoterapia u otros registros de consejería
- _____ Información relacionada con el tratamiento para el (consumo de) alcohol y/o drogas
- _____ Asistencia pública
- _____ Financiera
- _____ Empleo
- _____ Otros

DE: _____ Fecha de nacimiento: (nombre del cliente) PARA: _____ (nombre de la agencia)gestor/consejero del caso)

_____ 110 Bartholomew Ave, Hartford, CT 06106

_____ (dirección de la agencia)

Además, me han dado la oportunidad de revisar una lista adjunta de las agencias miembros de la red de proveedores y autorizo también a la divulgación de la información antes citada, incluso la divulgación oral entre agencias, para acceder a los servicios dentro de la red de proveedores, como sigue:

(Coloque sus iniciales para indicar aprobación, o escriba «NO» para indicar desaprobación)

Solo a esta agencia

A la red de proveedores de servicios completa (no es válido sin la lista de proveedores de servicios adjunta)

A otras agencias, según se indica:

Todos los registros son confidenciales de conformidad con las Leyes Generales de Connecticut, artículo 19a-583. Entiendo que los registros a divulgar pueden contener información confidencial relacionada con el VIH/SIDA. Entiendo que puedo revocar esta autorización de divulgación en cualquier momento, notificándolo por escrito a la persona autorizada señalada anteriormente, salvo en la medida en que la información ya haya sido compartida. Entiendo que, si yo no la revoco, esta autorización de divulgación de información será válida por **veinticuatro** meses a partir de la fecha de su firma. Al firmar este formulario, también acepto que, si no me presento a las citas médicas programadas, es posible que un representante autorizado de la agencia mencionada más arriba se comuniqué conmigo para que me reincorpore y retome la atención. Esta autorización de divulgación de información se considerará inválida sin una copia fechada, adjunta, de la red de proveedores.

_____ (Firma del cliente o el representante legal)

_____ (Fecha de la firma)

PROHIBICIÓN DE LA REDIVULGACIÓN: Esta información es divulgada a usted a partir de los registros de personas cuya confidencialidad es protegida por las leyes federales y estatales. Las leyes y reglamentos estatales le prohíben divulgar esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitan dichas leyes. Una autorización general de divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. *Por favor, haga honor a una copia de este comunicado reproducida mecánicamente.*

Revisado 1/15; 2/6/19; 8/2023; 10/23

Red de proveedores de Ryan White

	Iniciales del cliente	N.º de identificación del cliente _____	Iniciales del cliente
Advancing CT Together (ACT) 110 Bartholomew Ave Hartford, CT 06106		Hospital Hartford/Community Care Center 132 Jefferson Street Hartford, CT 06102	
Colectivo de Salud para Gays y Lesbianas de Hartford (HGLHC) 1841 Broad St Hartford, CT 06114		Colectivo de Salud del Este 64 Church Street Manchester CT 06040	
Community Health Services, Inc. (CHS) 500 Albany Avenue Hartford, CT 06112		Human Resources Agency of New Britain, Inc. 83 Whiting Street, New Britain, CT 06051	
Community Health Center, Inc. (CHC) 675 Main Street Middletown CT 06457		Centro de Salud Charter Oak 21 Grand St. Hartford, CT 06106	
Equipo de Renovación Comunitaria (CRT, por sus siglas en inglés): 330 Market St Hartford, CT 06120		Hospital del Centro de Connecticut (THOCC, por sus siglas en inglés) - Campus de New Britain 100 Grand Street New Britain, CT 06050	
Centro de Salud Médica de la Universidad de CT (UCONN) 263 Farmington Ave. Hartford, Ct 06106		Centro Médico Infantil de CT (CCMC) 282 Washington Street Hartford CT 06106	

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

**Advancing Connecticut Together
Policy and Procedure Acknowledgement**

I have received a copy (or have had read to me) the following Advancing Connecticut Together policies and procedures: 1) Client Consent and Agreement; 2) Notice of Privacy Practices; 3) Client Bill of Rights; 4) Grievance Procedure and 5) Release of Information Procedure

1. Client Consent and Agreement

Policy: ACT requires that An informed consent agreement be signed between the agency submitting an application to ACT and the client. This agreement must be submitted to ACT as part of an application for services. This form authorizes the information on the application to be submitted. Applications cannot be reviewed without the client's express permission.

2. Notice of Privacy Practices

Policy: All records are confidential as per CT state law. Client information is made available to funding agencies without written permission for quality assurance and reporting purposes. Information obtained by the funding agencies for quality assurance and reporting purposes will utilize a coded client identifier when reported. All other client data will be maintained at ACT's office in a secured location with access limited to provider designated staff and quality assurance staff from funding sources. Additional ACT office practices regarding confidentiality are spelled out on our website at: www.ACT-CT.ORG. A copy of the CT state law is provided below.

Sec. 19a-581. Definitions. (8) "**Confidential HIV-related information**" means any information pertaining to the protected individual or obtained pursuant to a release of confidential HIV-related information, concerning whether a person has been counseled regarding HIV infection, has been the subject of an HIV-related test, or has HIV infection, HIV-related illness or AIDS, or information which identifies or reasonably could identify a person as having one or more of such conditions, including information pertaining to such individual's partners;

(9) "Release of confidential HIV-related information" means a written authorization for disclosure of confidential HIV-related information which is signed by the protected individual or a person authorized to consent to health care for the individual and which is dated and specifies to whom disclosure is authorized, the purpose for such disclosure and the time period during which the release is to be effective. A general authorization for the release of medical or other information is not a release of confidential HIV-related information, unless such authorization specifically indicates its dual purpose as a general authorization and an authorization for the release of confidential HIV-related information and complies with the requirements of this subdivision...

Sec. 19a-583. Limitations on disclosure of HIV-related information. (a) No person who obtains confidential HIV-related information may disclose or be compelled to disclose such information, except to the following:

(1) The protected individual, his legal guardian or a person authorized to consent to health care for such individual; (2) Any person who secures a release of confidential HIV-related information; (3) A federal, state or local health officer when such disclosure is mandated or authorized by federal or state law; (4) A health care provider or health facility when knowledge of the HIV-related information is necessary to provide appropriate care or treatment to the protected individual or a child of the individual or when confidential HIV-related information is already recorded in a medical chart or record and a health care provider has access to such record for the purpose of providing medical care to the protected individual; (5) A medical examiner to assist in determining the cause or circumstances of death; (6) Health facility staff committees or accreditation or oversight review organizations which are conducting program monitoring, program evaluation or service reviews; (7) A health care provider or other person in cases where such provider or person in the course of his occupational duties has had a significant exposure to HIV infection, provided Criteria are met (8) Employees of hospitals for mental illness operated by the Department of Mental Health and Addiction Services information. Disclosure shall be limited to as few employees as possible and only to those employees with a direct need to receive the information to achieve the purpose authorized by this subdivision;...

3. Client Bill of Rights

As a participant in ACT's programs, you have the right . . .

- To be treated with respect, dignity, consideration, and compassion.
- To receive services free of discrimination on the basis of race, color, sex/gender, gender expression or identity, ethnicity, national origin, religion, age, class, sexual orientation, physical and or mental ability.
- To participate in creating a plan with the case manager submitting your application to ACT.
- To be informed about services and options available to you.
- To withdraw your voluntary consent to participate in the program, but you will no longer be eligible for our services.
- To have your medical records and case management records be treated confidentially.
- To have information released only in the following circumstances: (a) When you sign a written release of information; (b) When there is a medical emergency; (c) When a clear and immediate danger to you or to others exists; (d) When there is possible child or elder abuse; (e) When ordered by a court of law.
- To file a grievance about services you are receiving or denial of services.
- To not be subjected to physical, sexual, verbal and/or emotional abuse or threats.

As a participant in our program you have the responsibility...

- To treat the staff of this agency with respect and courtesy.
- To participate as much as you are able in creating a plan for stable living with your case manager.
- To let your case manager know any concerns you have about your needs.
- To provide to the best of your ability the required documentation outlined in the program application.
- To stay in communication with your case manager by informing him/her of changes in your address or phone number and responding to the case manager's calls or letters to the best of your ability.
- To not subject agency case managers, staff, or other clients to physical, sexual, verbal and/or emotional abuse or threats.

4. Grievance Procedure

Policy: If an applicant for ACT's programs is denied assistance or deemed ineligible, the client has the right to file an appeal/grievance.

Procedure: The client should instruct his/her case manager to complete a copy of ACT's appeal/grievance policy form. This form and step-by-step instructions must be used to file an appeal/grievance. All case managers have a copy of this form, which is also available on-line at www.ACT-CT.org.

5. Release of Information Procedure

Policy: Advancing Connecticut Together will not release client information, unless required by law, without a completed release of information form. A client will be informed in writing of the reason for the request and will be presented with a release of information form. (ACT requires a completed release of information in order to receive an application from a client, but will not release any information without one specifically allowing ACT to do so. A release of information will be provided at the time a request to release information is made to the client.)

I, _____, understand the above policies.

Client Signature Date

Case Manager Signature Date

This agreement is for the duration of client services

Avanzando Connecticut Juntos Aceptación de Pólizas y Procedimientos

He recibido (o me han leído) una copia de los siguientes procedimientos y pólizas de Avanzando Connecticut Juntos : 1) Acuerdo y Consentimiento del Cliente; 2) Información sobre Práctica Privada; 3) Los Derechos del Cliente; 4) Procedimiento para presentar una querrela y 5) Procedimiento de Autorización de permiso.

1. Acuerdo y Consentimiento del Cliente

Poliza: ACT requiere que una forma de acuerdo y Consentimiento sea firmada por el cliente y la agencia que esta sometiendo una solicitud de servicios a ACT. Este acuerdo deberá ser sometido a ACT como parte de la solicitud de servicios. Esta forma autoriza que la información en la solicitud sea sometida. Solicitudes no pueden ser revisadas sin la autorización de el cliente.

2. Información sobre Práctica Privada

Poliza: De acuerdo a las leyes de CT, todos los expedientes son confidenciales. La información del cliente esta disponible a las agencias que costean los programas sin permiso escrito con el objetivo de evaluar calidad de servicios y para auditoría interna solamente. La información obtenida por las agencias que costean los servicios para evaluación de servicios y auditoría interna, utiliza un código para identificar al cliente cuando someten sus informes. Toda otra información del cliente será mantenida en las oficinas de ACT en un lugar seguro con acceso limitado al persona que hace las evaluaciones y someten las auditorías internas. Información adicional relacionada a las prácticas de confidencialidad de las oficinas de ACT puede encontrarse en nuestro website: www.ACT-CT.ORG . Una copia de de la ley del estado de CT se provee a continuación.

Sec. 19a-581. Definiciones. (8) "Información confidencial relacionada con VIH" quiere decir que cualquier información relacionada con la protección de la persona, o obtenida conforme a un permiso de confidencialidad de información relacionada con la infección del VIH, preocupación de que una persona recibió consejería relacionada con la infección del VIH, a sido objeto de la prueba del VIH, o tiene la infección del VIH, o enfermedades relacionadas con el VIH o SIDA, o información que pueda identificar o razones que puedan identificar a una persona teniendo una o mas de estas condiciones, incluyendo información que pueda identificar a los parejas;

(9) "Permiso confidencial de información relacionada con el VIH" quiere decir un permiso escrito autorizando a divulgar información confidencial relacionada con el VIH firmado por la persona protegida o persona autorizada a aprobar el cuidado de la salud de la persona protegida y que deberá tener la fecha y especificaciones a quien se autoriza a compartir la información, el propósito de compartir la información y la duración que el permiso será efectivo. Un permiso general autorizando la divulgación de información medica u otras informaciones no es un permiso de confidencialidad de información relacionada con el VIH, a menos que el permiso específicamente indique que tiene un propósito doble como una autorización general y autorización para proveer información confidencial relacionada con el VIH y cumple con los requisitos de esta subdivisión...

Sec. 19a-583. Limitaciones en la divulgación de información relacionada con el VIH. (a) Ninguna persona que obtiene información confidencial relacionada con el VIH puede divulgar o esta obligado a divulgar la información, except los siguientes:

(1) El individuo protegido, el tutor legal o persona autorizada a approval el cuidado de salud del individuo protegido; (2) Cualquier persona que tenga un permiso de confidencialidad autorizando a divulgar información relacionada con el VIH; (3) Un oficial federal, estatal o del departamento de salud cuando la divulgación de información es mandatorio o autorizada por las leyes federales o estatales; (4) Un proveedor de salud o facilidad donde se ofrece cuidado de salud cuando la información del VIH es necesaria para proveer un cuidado de salud apropiado o tratamiento para la persona protegida o un hijo de la persona protegida o cuando la información del VIH esta en el record medico y un proveedor de salud tiene acceso al dicho record para proveer cuidado medico apropiado a la persona protegida;. (5) Un patólogo para asistir en la determinación de las causas o circunstancias de la muerte; (6) Comites de personal de facilidades medicas o agencias que dan acreditación o supervisan y evalúan las organizaciones donde conducen monitoria, evaluación de los programas o servicios; (7) Un proveedor de de servicios médicos u otra persona en caso que durante los servicios proveidos por esa persona o proveedor en el curso de sus responsabilidades de trabajo a sido expuesto significamente a la infección del VIH, proveyendo.... Que los criterios han sido seguidos (8) Empleados de hospitales de salud mental operados por el Departamento de de Salud Mental y Servicios de Adición pueden tener acceso a la información, Divulgación de la información deberá estar limitada a un grupo limitado de empleados y solamente aquellos empleados que necesitan la información para lograr los propósitos autorizados por esta subdivisión;...

3. Ley de los derechos del Cliente

Como participante de los programas de ACT's, usted tiene el derecho a...

- A ser tratado con respeto, dignidad, consideración y compasión.
- A recibir servicios sin discriminación basado en la raza, color, sexo/género, expresión de género o identidad, etnicidad, origen nacional, Religión, edad, clase, orientación sexual, habilidades físicas y mentales.
- A participar en crear un plan con la trabajadora de caso médico sometiendo su solicitud de servicios a ACT.
- A ser informado sobre las opciones y servicios disponible para usted.

- A terminar su consentimiento voluntario a participar en este programa, aunque eso resulte en la inelegibilidad para recibir nuestros servicios.
- A que sus expedientes médicos y los expedientes de su trabajadora médico de caso sea tratados con confidencialidad.
- Su información deberá ser divulgada solamente en las siguientes circunstancias: (a) Cuando usted firma un permiso escrito; (b) Cuando hay un caso de emergencia; (c) Cuando existe evidencia de daño inmediato hacia usted u otros; (d) Cuando existe posible abuso hacia niños o adultos; (e) Cuando sea ordenado por una corte.
- Para presentar una querella sobre los servicios que recibe o que se le niegue un servicio.
- Que no sea sometido a abuso o amenazas físicas, verbales, sexuales, y/o abuso emocional.

Como participante de nuestro programa usted tiene la responsabilidad de:

- Tratar al personal de esta agencia con respeto, dignidad y cortesía.
- Participar al máximo posible en la creación de un plan estable con su trabajadora de caso.
- Dejarle saber cualquier preocupación que usted tenga sobre sus necesidades.
Proveer de acuerdo a sus habilidades los documentos requeridos en la solicitud de servicios del programa.
- Mantenerse en comunicación con su trabajador médico de caso informándole a él/ella de cualquier cambio en su dirección o número de teléfono y respondiendo a las llamadas de su trabajador médico de caso o cartas de acuerdo a sus habilidades.
- No someter a su trabajadora médico de caso, personal u otros clientes a abuso o amenazas físicas, sexuales y/o verbales.

4. Procedimiento para presentar una Querella

Poliza: Si a un solicitante de los programas de ACT se le niega asistencia o se considera ilegible, el cliente tiene derecho a presentar una querella/apelación.

Procedimiento: El cliente deberá solicitar a su trabajador médico de caso que complete un formulario de querella de acuerdo a las normas y reglas de ACT. Este formulario y las instrucciones de los pasos a seguir, deberán ser seguidos durante la presentación de la querella/apelación. Todos los trabajadores médicos de caso tienen una copia de este formulario, que también se encuentra en el website www.ACT-CT.ORG.

5. Procedimiento de Autorización de Permiso

Póliza: Avanzando Connecticut Juntos divulgará información del cliente, a menos que sea requerido por un proceso legal, únicamente con un permiso completamente firmado. El cliente será informado por escrito las razones para pedir el permiso y recibirá una copia del formulario para la Autorización de Divulgación de Información. ACT requiere una forma de autorización de permiso completada para poder recibir una solicitud de servicios de el cliente, pero no divulgará ninguna información que no sea específicamente autorizada por el cliente. Un permiso de autorización de información será presentada al cliente en el momento que se requiera divulgación de información.

Yo, _____, Entiendo las polizas mencionadas arriba.

Firma del Cliente

Fecha

Trabajador Médico de Caso

Fecha

Este acuerdo es válido durante la prestación de los servicios al cliente.

Client URN _____

Ryan White Service Provider Network

**CONSENT AGREEMENT AND STATEMENT OF CONFIDENTIALITY FOR HEALTH CARE, CASE
MANAGEMENT AND/OR SUPPORTIVE SERVICES**

Client Name: _____

Date of Birth: _____

This agency, Advancing Connecticut Together, is part of a network of providers which have agreed to coordinate services to provide you with health care, case management services, social and support services, and coordination of family/client care.

All clients are entitled to receive humane and dignified treatment at all times, with full respect for personal dignity and right to privacy. All records are confidential pursuant to State law. Client information is made available to funding agencies and their designees without written permission for purposes of quality assurance and reporting requirements. Information obtained by funding agencies for quality assurance and reporting requirements will utilize a coded client identifier when reported. All other client data will be maintained at the provider agency site in a secured location with access limited to provider-designated staff and quality assurance staff from funding sources.

I have read this statement, or it has been read to me, and I have been given the opportunity to have questions answered, and do understand the content. I understand that I may revoke this Consent Agreement at any time. If not revoked by me, this Consent Agreement is valid for the period of twenty-four months from the date this agreement was signed.

Furthermore, this agreement will expire sixty days following the termination of services with this agency.

Signature of client or legal representative

Date

Signature of Witness

Note: This document DOES NOT authorize the release of any client information.

Revised 3/18/16;9/19/2/22;8/23/23

URN del cliente _____

Red de Proveedores de Servicios de Ryan White

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, GESTIÓN DE CASOS Y/O APOYO

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Esta agencia, Avanzando Connecticut Juntos, es parte de una red de proveedores que han acordado coordinar los servicios para brindarle atención médica, servicios de gestión del caso, servicios sociales y de apoyo, y coordinación de la atención a la familia o el cliente.

Todos los clientes tienen derecho a recibir un trato humanitario y digno en todo momento, con un pleno respeto a la dignidad humana y al derecho a la privacidad. Todos los registros son confidenciales de conformidad con las leyes estatales. La información sobre los clientes se pone a disposición de las agencias de financiamiento y sus designados, sin autorización escrita, con fines del aseguramiento de calidad y los requisitos de presentación de informes. La información obtenida por las agencias de financiamiento para el aseguramiento de calidad y los requisitos de presentación de informes, al ser comunicada, llevará un identificador de cliente codificado. Todos los demás datos del cliente se mantendrán en la sede de la agencia proveedora en una ubicación segura, con un acceso limitado para el personal designado por el proveedor y el personal de aseguramiento de calidad de las fuentes de financiamiento.

He leído, o me han leído, esta declaración y he tenido la oportunidad de que se contesten mis preguntas y entiendo su contenido. Entiendo que puedo revocar este Acuerdo de consentimiento en cualquier momento. Si yo no lo revoco, este Acuerdo de consentimiento es válido por un período de veinticuatro meses a partir de la fecha de la firma del presente acuerdo.

Además, este acuerdo expirará sesenta días después de la culminación de los servicios con esta agencia.

Firma del cliente o representante legal

Fecha

Firma del testigo

Nota: Este documento NO autoriza la divulgación de ninguna información del cliente.

Revisado 3/18/16; 9/19/2/22; 8/23;10/23



CAREWare Data Sharing Consent for HIV, Hepatitis C and HOPWA Programs

Consent for the collection and sharing of patient information by and between service providers for individuals receiving care and/or benefits for Ryan White, Hepatitis C and/or Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA) Programs

Advancing Connecticut Together is mandated to collect certain personal information that is entered and saved in a database system called CAREWare and/or CaseWorthy database system(s). CAREWare and CaseWorthy records are maintained in an encrypted statewide database, in secure servers hosted by the City of Hartford and Nutmeg Consulting LLC, respectively. CAREWare and CaseWorthy aggregate reports may be used for advocacy, both statewide and federally, and any client information used will be done so without revealing names or other information that would identify any specific client.

The CAREWare database program allows for certain medical and support service information to be shared among providers involved with your care, this includes but is not limited to medical visits, lab results, medications prescribed, emergency financial assistance, nutritional supplements, case management, transportation, substance abuse and mental health counseling.

You have a right to opt out of this electronic sharing. If you choose to opt out of electronic sharing it may make it more difficult for you to receive Ryan White Services and/or HOPWA Services.

I, _____ (**Print Client Name**) hereby provide my consent and authorization for Advancing Connecticut Together (**Name of agency (Ryan White and/or Housing Opportunity for Persons with AIDS provider)] completing form with client**) to enter my client-specific health, treatment, and support service information in the encrypted CAREWare and HOPWA database program which is hosted and maintained by the City of Hartford through its Health Department and Nutmeg Consulting LLC, respectively.

I further provide consent and authorization for the City of Hartford through its Health Department to allow the disclosure and sharing of the information entered into the encrypted CAREWare database program to _____ (**Name of agency that share request will be sent to**). This information will be shared for the purpose of informing and coordinating treatment and benefits I receive under the Ryan White and/or the HOPWA Programs. By signing this form, I further acknowledge that if I fail to show for scheduled medical and other support appointments, I may be contacted by an authorized representative of the above-referenced agency in order to re-engage and link me back to care.

A form needs to be completed for each agency that an entity is requesting data from. Universal sharing of client data is not permitted. Client data is shared client by client and Provider by provider.

This consent will expire twenty-four months from the date of this document.

Client Signature

Date

Witness Signature

Date



Consentimiento para el intercambio de información para los programas HIV, Hepatitis C y HOPWA

Consentimiento para la recopilación e intercambio de información del paciente, por y entre proveedores de servicios, para las personas que recibe atención y/o beneficios de los programas Ryan White, Hepatitis C y/u Oportunidades de vivienda para personas con SIDA (HOPWA, por sus siglas en inglés)

Avanzando Connecticut Juntos (Nombre de la agencia que llena el formulario con el cliente) está obligada a recopilar cierta información que se ingresa y almacena en un sistema de base de datos llamado CAREWare y/o en el(los) sistema(s) CaseWorthy. Los registros de CAREWare y CaseWorthy son mantenidos en una base de datos estatal encriptada, en servidores seguros alojados en la Municipalidad de Hartford y en Nutmeg Consulting LLC, respectivamente. Los informes conjuntos de CAREWare y CaseWorthy pueden usarse para la defensa, tanto a nivel estatal como federal, y cualquier información del cliente utilizada lo será sin revelar los nombres u otra información que identificaría a cualquier cliente específico.

El programa de la base de datos CAREWare permite que cierta información médica y de servicios de apoyo sea intercambiada entre los proveedores involucrados en su atención, lo que incluye pero no se limita a visitas médicas, resultados de laboratorio, medicamentos recetados, asistencia financiera de emergencia, suplementos nutricionales, gestión de casos, transporte, abuso de sustancias y asesoramiento de salud mental.

Tiene derecho a ser excluido de este intercambio electrónico. Si elige ser excluido de este intercambio electrónico puede que le resulte más difícil recibir los servicios Ryan White y/o los servicios HOPWA.

Yo, _____ (nombre del cliente en letra de imprenta) por medio del presente documento doy mi consentimiento y autorización para que Avanzando Connecticut Juntos [nombre de la agencia (proveedor de Ryan White y/u Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA)] que llena el formulario con el cliente) ingrese mi información médica, de tratamiento y de servicios de apoyo, específica del cliente, en el programa de base de datos encriptada de CAREWare y HOPWA, que son alojados y mantenidos por la Municipalidad de Hartford a través del Departamento de Salud y Nutmeg Consulting LLC, respectivamente.

Además doy mi consentimiento y autorización para que la Municipalidad de Hartford, a través de su Departamento de Salud, permita la divulgación e intercambio de la información ingresada al programa de la base de datos encriptada de CAREWare con _____ (nombre de la agencia a la que se enviará la solicitud de intercambio). Esta información se intercambiará con el fin de informar y coordinar el tratamiento y los beneficios que he recibido en el marco de los programas Ryan White y/o HOPWA. Al firmar este formulario, reconozco además que si no me presento a las citas médica programadas y a otras citas de apoyo, un representante autorizado de la agencia antes mencionada puede ponerse en contacto conmigo con el fin de reinvolucrarme y volver a vincularme con la atención.

Debe llenarse un formulario para cada agencia a la que una entidad solicite datos. No se permite el intercambio universal de los datos del cliente. Los datos del cliente son intercambiados cliente por cliente y proveedor por proveedor.

Este consentimiento expirará veinticuatro meses después de la fecha del presente documento.

Firma del cliente

Fecha

Firma del testigo

Fecha



Advancing CT Together, Inc

Ryan White Part B Health Care and Support Services Computer Information Management System Consent and Release of Information

The Connecticut Department of Public Health, and its Health Care & Support Services Ryan White Part B service provider and Regional Lead agencies ("HCSS") will coordinate to provide you with HIV Core Medical and Support Services as needed.

HCSS will also maintain certain personal and service information electronically in a secure, limited access HCSS database known as e2 Connecticut (e2CT).

Medical and support service providers enter service information about you into the e2CT database so that it can be shared among the HCSS providers who are involved with your care.

The service information that is entered in the database is individually identifiable health information, as defined under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, as amended (HIPAA). Such information may include, but is not limited to: a person's name, address, date of birth, medical visits, HIV/AIDS status, lab results, prescribed medications, HIV core medical and support services, substance abuse and mental health counseling.

Your Information may be combined with the Information of others into an "aggregate report". Aggregate reports do not contain personally identifiable information that may be used to identify a specific person. This information is required by the Health Resources and Services Administration, which funds the Ryan White Part B federal grant program.

With your authorization, your Information will also be shared with Ryan White service providers of A, B, C and D who request it to provide you with treatment or to coordinate your Ryan White Program services. All shared client Information will be maintained at Ryan White agency sites in a secured location with access limited to approved staff.

Should you fail to show at a scheduled medical appointment, you may be contacted by an authorized representative who may offer you linkage to medical care services.

Please indicate below your preferred method(s) of contact:

e-Mail Text Phone Mail Any None

You can opt out of the electronic sharing of your Information; however, if you do opt out, it may be more difficult for you to receive Ryan White services.

I, the Undersigned, am receiving, have received, or have applied to receive Ryan White benefits.

- I hereby authorize the above-named Agency to enter or edit my Information in the e2CT database.
- I hereby authorize HCSS to use and share my Information for the purposes described in this document.
- I understand that I may revoke this consent at any time by notifying the above agency in writing, except to the extent that my Information has already been collected or shared.
- I hereby hold HCSS harmless for disclosure and/or release of my Information to any Connecticut Ryan White Part B contracted provider or the Health Resources and Services Administration in connection with the Ryan White Program.
- I have read this statement, or it has been read to me, and I have been given the opportunity to have questions answered and do understand the content.

This consent will expire twenty-four (24) months from the date of this document.

Client Name (Printed)

Client Signature

Date

Witness

Date



Advancing CT Together, Inc

Ryan White Parte B Servicios de atención médica y apoyo Sistema de gestión de la información informática Consentimiento y divulgación de información

El Departamento de Salud Pública de Connecticut y su proveedor de servicios de atención médica y apoyo Ryan White Parte B y las agencias líderes regionales («HCSS») se coordinarán para brindarle los servicios médicos y de apoyo básicos para VIH según sea necesario.

HCSS también mantendrá cierta información personal y de servicios electrónicamente en una base de datos de HCSS segura y de acceso limitado conocida como e2 Connecticut (e2CT).

Los proveedores de servicios médicos y de apoyo ingresan la información de servicio sobre usted en la base de datos de e2CT para que pueda compartirse entre los proveedores de HCSS que participan en su atención.

La información de servicio que se ingresa en la base de datos es información de salud identificable individualmente, como se define en la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, según su enmienda (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Dicha información puede incluir, entre otros: nombre, dirección, fecha de nacimiento, visitas médicas, estado de VIH, resultados de laboratorio, medicamentos recetados, servicios médicos y de apoyo básicos para el VIH, asesoramiento sobre abuso de sustancias y salud mental.

Es posible que su información se combine con la información de otros en un "informe agregado". Los informes agregados no contienen información de identificación personal que pueda usarse para identificar a una persona específica. Esta información es exigida por la Administración de Recursos y Servicios Médicos, (Health Resources and Services Administration) la cual financia el programa de subvenciones federales de Ryan White Parte B.

Con su autorización, su información también se compartirá con los proveedores de servicios de Ryan White parte A, B, C y D que la soliciten para brindarle el tratamiento o para coordinar los servicios de los Programas Ryan White. Toda la información que se comparta del cliente se mantendrá en los sitios de la agencia Ryan White en un lugar seguro con acceso limitado solo a personal autorizado.

Si no se presenta a una cita médica programada, es posible que un representante autorizado se comunique con usted y le ofrezca un enlace con los servicios de atención médica.

Indique a continuación sus métodos de contacto preferidos:

- Correo electrónico Mensaje de texto Teléfono
 Correo Cualquiera Ninguno

Puede optar por no compartir electrónicamente su información; sin embargo, si opta por esta opción, puede ser más difícil que usted reciba los servicios de Ryan White Parte B.

Yo, quien suscribe, estoy recibiendo, he recibido o he solicitado recibir los beneficios de Ryan White.

- Por la presente, autorizo a la Agencia mencionada anteriormente a ingresar o editar mi información en la base de datos de e2CT.
- Por la presente, autorizo a HCSS a usar y compartir mi información para los fines descritos en este documento.
- Comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando por escrito a la agencia mencionada anteriormente, salvo en las instancias en que mi información ya haya sido recopilada o compartida.
- Por la presente, exonero a HCSS por la difusión y/o divulgación de mi información a cualquier proveedor contratado por Ryan White Parte B de Connecticut o a la Administración de Recursos y Servicios de Salud en relación con el Programa Ryan White Parte B.
- He leído esta declaración, o me la han leído, y se me ha dado la oportunidad de obtener respuestas a mis preguntas y comprender el contenido.

Este consentimiento tendrá una vigencia de veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de este documento.

Nombre del cliente (letra molde)

Firma del cliente

Fecha

Testigo

Fecha

Client Assistance Funds and Housing Assistance Funds Attestation Form

APPLICANT INFORMATION

ARE YOU COMPLETING THIS APPLICATION: FOR YOURSELF OR ON BEHALF OF SOMEONE ELSE

LAST NAME:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRST NAME:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CADAP ID NUMBER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE OF BIRTH:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HOME PHONE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CELL PHONE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SOCIAL SECURITY NUMBER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONNECTICUT RESIDENTIAL STREET ADDRESS

DO NOT SEND MAIL HERE

STREET ADDRESS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STREET ADDRESS (LINE 2):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CITY:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STATE:

--	--

ZIP CODE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PREFERRED MAILING ADDRESS (MUST BE CONNECTICUT BASED)

ADDRESS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADDRESS (LINE 2):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CITY:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STATE:

--	--

ZIP CODE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ONE OR MORE OF THE FOLLOWING MUST BE INCLUDED AS PROOF OF CONNECTICUT RESIDENCY:

- Any documents from a government agency (Medicare, Social Security, Veteran's Affairs, SNAP-Food stamps)
- Mortgage statement or lease agreement (most recent)
- Utility bills (electric, water, gas, phone, cable, etc.) within last 30 days
- Photocopy of valid, unexpired CT Driver's License or CT Non-Driver ID Card
- Photocopy of valid, unexpired CT Department of Motor Vehicles-issued Identification card
- U.S. Immigration Card (current)
- Community Service/Ryan White Case Manager Agency Residency Attestation of Homelessness dated within 30 days (use Attestation Form located at the end of this application)
- Property tax bill

Note: All proof of residency must include the applicant's name and home address (no P.O. boxes).

Note: It is important to know that because continued funding is uncertain, the scope of services and conditions of participations in Client Assistance and Housing Assistance may change in the future. Ryan White is a payer of last resort and services are intended for emergency needs, not ongoing-assistance are not an entitlement.

CONNECTICUT RESIDENCY ATTESTATION

**Client Assistance Funds Residency Attestation For agency use only:
May only be completed by a Representative/Case Manager/Health Care Worker**

- I affirm I have confirmed the client at the above address identified on the Demographic Report (page 2)
- I affirm the client is homeless.

Staff Member Printed Name

Name of Provider Agency

Staff Member Signature

Date