



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN PARA PERSONAS TRANSGÉNERO

Debe usarse este formulario al enviar documentación para verificar la situación de transgénero de un nuevo miembro. Llena este formulario, adjunta la documentación y envíalo al Equipo de Servicios de Salud Transgénero de Amida Care antes de que pasen 90 días de tu inscripción. (Para hacer la verificación con una declaración de proveedores médicos, usa el *formulario de declaración para personas transgénero*).

Información del solicitante

Nombre en la tarjeta de Medicaid: _____

Nombre preferido (si es diferente): _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de Medicaid: _____

Estado de VIH: Positivo Negativo Desconocido

Verificación

Estoy *enviando documentación* para verificar la situación de persona transgénero del solicitante y he incluido lo siguiente:

- Copia de una identificación gubernamental enmendada certificada (acta de nacimiento; pasaporte; licencia de conducir del Estado de New York o identificación de no conductor)
o
- Una declaración de la Administración del Seguro Social que refleja el cambio en la designación de género

Contestado por:

Nombre

Fecha

Puesto

Firma

Envíe el formulario contestado por fax a:
Transgender Health Services
Attention: Al Rubenstein
Fax: 646-786-1802
Tel: 646-757-7982