

SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD DEL PACIENTE

Ann Silverman Community Health Clinic ♦ 595 West State Street ♦ Doylestown, Pennsylvania 18901

Teléfono: 215-345-2260 ♦ Fax: 215-489-7236

Nombre: _____
 (apellidos), (nombre 1º 2º)

Fecha de nacimiento: ____/____/____
 mm / dd / año

Teléfono _____

Fecha de la Solicitud: ____/____/____

La clínica de salud comunitaria Ann Silverman (la Clínica) proporciona cuidado gratuito médico, dental, y social a personas sin seguro y de bajo ingreso viviendo en Bucks County.

Por favor siga las instrucciones abajo y llene la planilla en la segunda pagina.

- Proporcione los nombres completos y los ingresos de cada persona que vive en su domicilio, sean o no familiares, y si son también solicitantes para servicios de la clínica.
- Cada solicitante de servicios de la clínica debe presentar lo siguiente:
 - **Comprobante de identidad.** Prueba aceptable incluye cualquier identificación con foto emitida por el gobierno, como la licencia para conducir, el pasaporte, la tarjeta verde de residente. Las actas de nacimiento pueden ser usadas para los que no tengan identificación con foto.
 - **Comprobante de residencia.** Se aceptan como prueba las cuentas del teléfono o electricidad, los impuestos, el contrato del alquiler con el nombre y la dirección actual.
 - El correo ordinario o los extractos bancarios no son aceptados.
- Obtenga y presente lo siguiente de todas las personas que viven en su domicilio, incluso los documentos de todas las personas que viven en su domicilio aunque no exista el parentesco.
 - **Comprobante de ingresos:**
 - Los tres últimos comprobantes de cheques o una carta de su empleador.
 - Si es empleado por cuenta propia las cuentas de ganancias y pérdidas por un período de tres meses.
 - La prueba de manutención infantil o alimenticia u órdenes judiciales de manutención infantil.
 - Las cartas de determinación de los beneficios (desempleo, la indemnización al trabajador, SSD, SSI, etc.)
 - Las cartas de familiares y los amigos que proporcionan la ayuda económica a los residentes del domicilio.
 - **La más reciente declaración de impuestos Federales (no del estado) y W2.**
 - **Estados bancarios recientes de cuentas de ahorros y/ o de cheques.**

La documentación o información que falte puede resultar en un retraso en su aprobación para los servicios de la Clínica. La elegibilidad se reevalúa cada 12 meses.

OFFICE USE ONLY

Date of review: _____	By: _____	Date of determination: _____	By: _____
<input type="checkbox"/> APPROVED Medical/Social Services Only -			
<input type="checkbox"/> APPROVED All Clinic Services -			
# Adults _____	# Children _____	Children Insured? Y N _____	Income: \$ _____ /month Source: _____
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE Reason: _____		Available Funds: _____	

EVALUACION FINANCIERA DEL DOMICILIO

Los nombres de todas las personas que viven en su domicilio.

Liste los nombres y edades de cada persona que vive en su casa / apartamento, incluya los familiares, los amigos, o los compañeros de residencia.

<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Seguro (si cubierto por seguro)
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Ingresos- Necesita verificar todos los ingresos de las personas que viven en el domicilio. **El nombre de cada persona empleada que vive en el domicilio y la cantidad de la paga semanal antes de los impuestos:**

Nombre	Lugar de empleo.	Horas trabajadas en una semana	Salario por hora

¿Recibe o hay alguien en su domicilio que reciba manutención de los hijos ? Sí _____ / No _____
Si Sí, diga la cantidad por cada niño.

Cantidad por semana	Para (nombre del niño)

¿Recibe o hay alguien en su domicilio que reciba alguna pensión, el Seguro Social, los beneficios del desempleo, la indemnización al trabajador, la pensión alimenticia o cualquier otra fuente de ingresos? Sí _____ No _____

Si "Sí", enumere quien los recibe, la cantidad y cuando es recibido. (Por ejemplo \$/por semana, \$/ por mes).

Nombre	Pension	Seguro Social	Indemnizacion	Desempleo	Pension alimenticia	Otro

Recursos- ¿Tiene o hay alguien en su domicilio que tenga una cuenta bancaria de cheques o de ahorros?

Sí _____ No _____ Si "Sí", debe presentar un estado de cuentas reciente para cada cuenta.

Dueño	Tipo	Valor

¿Cuánto paga de renta y/o mensualidad si es dueño de la casa: \$ _____

Comparte gastos de la casa con alguien: Sí ___ No ___ Nombre _____

Cuales gastos comparte: _____

Ha aplicado al seguro médico "Affordable Care Act", bajo La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio u Obama Care? Sí _____ No _____

Por favor lea y firme

1. He proporcionado la información verdadera y correcta por cada persona que vive en mi domicilio.
2. Comprendo que la falta de proporcionar la información verdadera y correcta puede resultar en la terminación de la condición de ser pacientes de la clínica
3. Estoy de acuerdo que debo informar inmediatamente a la clínica cualquier cambio en mi ingreso mensual o si obtengo seguro médico para mí o alguien de mi familia.

Su firma

Fecha en que se firmó

ANN SILVERMAN COMMUNITY HEALTH CLINIC
POR FAVOR IMPRESIÓN

FECHA: Mes _____ Día _____ Año _____

NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE: _____ EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: Mes _____ Día _____ Año _____ SEXO: _____ RAZA: _____

NO. DE SEGURO SOCIAL: _____ IDIOMA: Inglés Español Otro: _____

TELÉFONO DE LA CASA: _____ CELULAR: _____ TRABAJO: _____

DIRECCIÓN: _____ APARTAMENTO NUMERO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

Dirección de correspondencia o Casilla Postal, si es diferente de la dirección:

DIRECCIÓN DE CORREO: _____ APARTAMENTO NUMERO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

Si el paciente tiene menor de 18 años de edad:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: _____

FECHA DEL NACIMIENTO DEL PADRE: Mes _____ Día _____ Año _____

DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE: _____

DIRECCIÓN DEL PADRE (si es diferente que arriba): _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

En caso de emergencia notifique a:

NOMBRE: _____ RELACIÓN A USTED: _____

DIRECCIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____ PAÍS: _____

TELÉFONO: _____ ¿Si no le contactamos a Usted, podemos hablar con esta persona de su información médica personal? Sí _____ No _____

Por favor respuesta:

1. ¿Tenemos su permiso para dejarle un mensaje en su máquina contestador acerca de su información médica personal? Sí _____ No _____

2. ¿Tiene actualmente seguros de salud? Sí _____ No _____
Nombre de compañía de seguros: _____

3. ¿Es usted un veterano? Sí _____ No _____

4. ¿Su problema de salud se relaciona de alguna manera con? su empleo Sí _____ No _____
un accidente automovilístico Sí _____ No _____ otro tipo de accidente Sí _____ No _____
¿Cuales son? _____

5. ¿Cuál es el nombre de la farmacia que prefiere? Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Zona Postal: _____ Teléfono: _____