

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

Jefe de Familia: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(1º y 2º apellidos) (nombre 1º 2º) mes / día / año
Teléfono _____ Fecha de la Solicitud: ____/____/____

La Clínica de Salud Comunitaria Ann Silverman proporciona atención médica y dental gratuita, servicios sociales y de salud conductual (del comportamiento) a residentes calificados de bajos ingresos y sin seguro del condado de Bucks. Para calificar no puede tener ningún seguro ni tener acceso a ningún seguro (incluidos entre otros, Medicare, Medicaid, seguros privados, etcétera).
La aprobación suele extenderse por un año, aunque hay casos en los que es necesario un periodo más corto o cuando su estado de elegibilidad cambie. Se le informará nuestra decisión y es su responsabilidad enviar una solicitud de re-elegibilidad antes de su fecha de vencimiento.

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.
Proporcione los siguiente para todas aquellas personas que están aplicando para los servicios de la clínica:

○ **Comprobante de identidad.** Prueba aceptable incluye:

- Pasaporte, Certificado de Nacimiento, Licencia de Conducir o otro document de identificación con foto

Comprobante de residencia. Pruebas aceptables incluyen:

- Factura de teléfono o servicios públicos (agua/alcantarillado/gas/aceite/electricidad).
- Factura de hipoteca o contrato de arrendamiento con tu nombre y dirección actual.
El correo ordinario o la licencia para conducir no son pruebas aceptables..

Proporcione lo siguiente para todas las personas que viven en su domicilio.

Comprobante de ingresos incluye:

Los 4 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 4 meses.
Prueba de manutención infantil o alimenticia u órdenes judiciales de manutención infantil.

- Cartas de desempleo, compensación laboral, SSD, SSI, etc.
- Cartas de familiares o amigos que proporcionan ayuda económica a los residentes del domicilio.

Los tres extractos bancarios o estados de cuentas bancarias más recientes.

La información que falte puede resultar en un retraso para su aprobación para los servicios de la Clínica. Si usted trabaja por cuenta propia, es posible que se le solicite documentación adicional.

OFFICE USE ONLY

Date of review:	By:	Date of determination:	By:
# Adults _____	# Children _____	Children Insured Y N	How Many Children Insured _____
Monthly Income _____		Source: _____	Proof of Residency Y N Proof of Identity Y N
☐ INELIGIBLE Reason: _____			

Items Required _____

EVALUACION FINANCIERA DEL DOMICILIO

- I. Enliste su nombre y el de cada persona quién vivirá en su domicilio/ hogar continuamente durante los próximos doce meses. **TODOS (familiares/no familiares).**

Nombre completo	Edad	Fecha de nacimiento	Pais de Origen	Relacion con Jefe de Familia	Emplead o? Si o No
				Si mismo	

Ingresos- Nombres de cada persona en el domicilio que trabaja y su salario semanal ANTES DE IMPUESTOS. Debe proporcionar prueba de todos los ingresos en el hogar

Nombre completo (apellido, nombre 1º y 2º)	Lugar de empleo.	Horas trabajadas en una semana	Salario por hora Estacional?	Trabaja por cuenta propia?

¿Usted o alguien en su domicilio recibe manutención infantil? Yes_____ No_____.

De ser así, enliste la cantidad por cada niño

Cantidad por semana	Para (nombre del niño)

- ¿Usted o alguien en su domicilio recibe alguna pensión, Seguro Social, beneficios de desempleo, indemnización al trabajador, pensión alimenticia o cualquier otra fuente de ingresos? Sí No _____

Proporcione quien lo recibe, cuanto recibe y cada cuando es recibido (por ejemplo \$/por semana, \$/ por mes).

Nombre	Pension	Seguro Social	Indemnizacion	Desempleo	Pension alimenticia	Otro

- Cantidad que paga por renta o hipoteca pagada al mes:_____.
- Nombre de la persona a quien usted le paga la renta/hipoteca._____.
- Usted o alguien en su domicilio recibe asistencia médica SI o NO
- De ser así, POR FAVOR PROPORCIONE LOS NOMBRES (y copia de la tarjeta)._____.

Por favor lea y firme

- He proporcionado información verdadera de cada persona que vive en mi domicilio.
- Entiendo que el hecho de no proporcionar información verdadera puede dar lugar a que se me dé de baja de la Clínica, lo que incluirá atención médica, dental y medicamentos.
- Acepto informar a la clínica sobre cualquier cambio en el seguro y los ingresos para mí y mi familia.**

**Ann Silverman Community Health Clinic
POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE**

Fecha _____
Nombre del aplicante _____
Dirección _____ # de Apartamento _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Apartado Postal (de ser diferente) _____
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) _____ Edad _____
Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____
Raza _____ Lenguaje de preferencia _____

Si la persona aplicando es menor de edad, por favor proporcione

Nombre del padre/tutor _____
Dirección del padre/tutor _____
Fecha de nacimiento del padre/tutor _____ Teléfono _____

Contacto de emergencia

Nombre _____ Teléfono _____
Relación con usted _____ Fecha de nacimiento _____
SI NO PODEMOS CONTACTARLE, ¿PODEMOS CONTACTAR A SU CONTACTO DE EMERGENCIA?

Por favor responda lo siguiente:

1. ¿Tenemos su permiso para dejar mensajes de voz en su correo de voz o máquina contestadora con respecto a su información personal de salud o para confirmar citas? SI o NO
2. ¿Tenemos permiso para enviarle mensajes de texto con recordatorios de citas? SI o NO
3. ¿Cuenta con algún seguro médico o dental que no haya revelado? SI o NO
4. ¿Esta visita está relacionada con algún accidente de cualquier tipo en el trabajo o lesión en un vehículo? SI o NO

DE SER ASI, EXPLIQUENOS _____

5. Farmacia de su preferencia:
 - a) Nombre
 - b) Dirección
 - c) Teléfono
 - d) Fax

Promesas a la Clínica Ann Silverman

Como paciente de la Clínica Ann Silverman, usted promete hacer todo lo posible para asistir a cualquiera o todas sus citas (ya sean en el lugar o programadas fuera del lugar). Además, si no puede asistir a alguna/todas las citas, se comunicará con la oficina (215-345-2260) al menos 24 horas antes de su cita. Después de 3 veces de no presentarse, nos reservamos el derecho de negarnos a programar mas citas.

Hará todo lo posible para completar las solicitudes anuales y proporcionar los documentos solicitados para que podamos brindarle a usted y a su familia una atención continua. Además, debe notificarnos de inmediato cualquier cambio en sus ingresos/arreglos de vivienda o cambios en el seguro.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Ann Silverman Community Health Clinic

Autorización para servicios de tratamiento (médico/dental/salud conductual y trabajo social)

NOMBRE COMPLETO DEL APPLICANTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

1. Por la presente autorizo el tratamiento médico/dental/de salud conductual y de trabajo social por parte de la Clínica de Salud Comunitaria Ann Silverman.
2. Entiendo que los servicios que recibo pueden ser proporcionados por médicos voluntarios, asistentes médicos, enfermeras, enfermeras practicantes, dentistas e higienistas dentales, psicólogos, trabajadores sociales médicos y consejeros profesionales autorizados que tengan licencia para ejercer, según sea necesario, en Pensilvania.
3. Entiendo que el apoyo emocional y espiritual lo brinda un orientador de pacientes sin licencia.
4. Conservo el derecho de buscar tratamiento en otro lugar, en cualquier momento, por mi cuenta.
5. Acepto seguir las recomendaciones que me brinden los proveedores de atención médica, dental, de salud conductual y de trabajo social y/o el personal de ASCHC y haré preguntas si no entiendo la información que me brindan.
6. Notificaré al personal sobre cualquier cambio en mi situación financiera, situación de vivienda, o la oportunidad de obtener seguro médico de mi empleador o Medicare, Medicaid o comprar un seguro a través del Mercado.
7. Entiendo que para brindar servicios de calidad puede ser necesario que el personal se comunique y remita a otros recursos. Entiendo que se me puede pedir que proporcione mi consentimiento por escrito para la divulgación de cierta información médica/dental. Conservo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento notificando a la Clínica de Salud Comunitaria Ann Silverman, ya sea verbalmente o por escrito.
8. Entiendo que si tengo alguna pregunta o inquietud sobre este o cualquier otro formulario o servicio, puedo solicitar reunirme con el Gerente de la Clínica de Salud Comunitaria Ann Silverman.
9. Entiendo que, como paciente de la Clínica de Salud Comunitaria Ann Silverman, mi información médica y confidencial se agregará a eCW (eClinicalWorks). eCW es un software y servicios de registros médicos electrónicos, gestión de consultas y registros médicos personales para cientos de miles de proveedores de atención médica. La Clínica incluirá su historial médico dentro de la plataforma eCW por lo que estará disponible para cualquier médico miembro de eCW que lo esté tratando.
10. Entiendo que, si no estoy satisfecho con alguna decisión del personal, puedo apelar la decisión ante el Director Ejecutivo de la Clínica de Salud Comunitaria Ann Silverman. En su ausencia, el Director Médico o el Presidente actual de la Junta manejarán la apelación.

FIRMA DEL APPLICANTE _____ FECHA _____

Si el paciente es menor de edad, menor de 18 años, los padres o tutor legal deberán firmar a continuación:

Firma del padre/tutor _____ FECHA _____

Relación con el paciente (madre/padre/tutor, etc.): _____

Ann Silverman Community Health Clinic

¿Alguien en la lista tiene seguro o tiene acceso a algun plan de seguro que incluya, entre otros: Asistencia Medica, Medicare, VA, CHIP, seguro medico o dental privado? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo , indique el nombre de la persona y incluya copia del frente y reverse de la tarjeta de seguro:

¿Alguien en esta solicitud tiene la oportunidad de obtener Medicare, Medicaid o comprar un seguro a través del Mercado?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el nombre de la persona, el plan de seguro y el número de identificación del seguro.

Firma

Fecha
