



## Centro Cristiano De la Salud De Fredericksburg

1129 De Heatherstone

Fredericksburg, VA 22407

Phone-540-785-8500 Fax-540-785-5328

### **OBTENGA POR FAVOR LA INFORMACIÓN SIGUIENTE PARA LA INVESTIGACIÓN INDIGENTE DE LA ELEGIBILIDAD**

- Tarjeta De la Seguridad Social Del
- licencia de conductor actual de Virginia del o tarjeta de la identificación, visa extranjera residente de la tarjeta, del pasaporte o del trabajo
- Verificación de la renta
  - Pague los trozos los últimos 3 meses o el más actual de Parent(s), de uno mismo, o de esposo
  - Documentación del siguiente si usted recibe Inhabilidad, remuneración del trabajador,
    - Seguridad Social, alimentos de la ayuda de niño, pensión, ventajas del sobreviviente, desempleo, alivio general, Tanf, o ayuda del combustible
- W2s a partir de la mayoría del año reciente junto con una copia de los papeles o el 1099 de la declaración de impuestos
- Aviso de la estampilla del alimento de la acción, del uso, de la tarjeta, o de la negación
- Aceptación o negación de Medicaid
- Letra de la ayuda si usted es actualmente parados para quién está proporcionando el alimento y el abrigo. Si usted ha solicitado inhabilidad, necesitamos la documentación del estado.

¿Cómo usted oyó hablar nosotros? \_\_\_\_\_

### **Lea por favor el siguiente y la muestra abajo:**

Le requerirán dar vuelta en la información antedicha junto con el uso al centro de la salud cuanto antes en la orden para que su proceso de investigación comience. Si usted no puede a, hable por favor con el cribador de la elegibilidad. Usted no podrá programar ninguna citas hasta que se recibe esta información. El programa indigente no cubre las demandas del vehículo de la remuneración o de motor del trabajador. Gracias por su cooperación. Pida por favor que la recepcionista la cantidad aproximada para su tamaño de la familia determine la elegibilidad para nuestros servicios médicos. Si usted piensa usted resuelve elegibilidad, completa por favor las formas de la investigación.

Después de que se acabe el proceso de investigación completo una cita programar con nuestra oficina. Si usted no resuelve la elegibilidad para el programa indigente, le mandarán la cuenta para sus servicios. Usted puede instalar un plan del pago con la recepcionista para hacer cuotas. Usted será responsable pagar toda la radiología o servicios del laboratorio rendidos fuera del centro de la salud o en el centro de la salud, pruebas es decir del urinalysis o del Strep.

Los pacientes en el programa indigente serán rescreened cada 6 meses y cada 3 meses si los parados. Le requerirán en aquella 'epoca de resometer toda la información antedicha otra vez.

Si usted puede parado y no trabajar, usted necesita solicitar inhabilidad en este tiempo. Si usted no está recibiendo inhabilidad a la hora de su rescreen nos necesitaría la verificación que le empleen con los trozos de la paga o que usted ha solicitado 3-4 trabajos por semana, con la documentación de cada uso o un curriculum vitae para cada lugar del empleo. Usted puede solicitar inhabilidad y todavía trabajar en un estado de medio tiempo. Si usted no ha

podido ser para ese punto empleado debido a una inhabilidad y su inhabilidad sigue siendo pendiente, necesitamos la documentación de la clínica de la inhabilidad que su uso sea pendiente y porqué.

Usted también necesitará solicitar Medicaid en este tiempo, si usted no ha hecho ya tan. Esto se requiere para todos los pacientes en el programa indigente. También se requiere para tener una negación de Medicaid a solicitar el programa de la medicación para recibir la medicación libre. Ahora estamos requiriendo de todos nuestros pacientes en medicaciones regulares para completar este uso. Le asistiremos con las medicaciones por un período corto. Este proceso de uso se asegura de que el paciente reciba su medicación y no habrá lapso del tiempo sin él. Complete por favor el uso de la medicación cuanto antes así que podemos conseguir este proceso comenzado. Si usted ha solicitado ya Medicaid, usted necesita someter la letra de la negación en este tiempo.

Nuestra oficina también tiene una política en ninguna llamada ningunas demostraciones y las mismas cancelaciones del día. Si usted no demuestra para o cancelación encendido el mismo día para su primera cita, le advertirán. Cuando usted tiene su tercera cita para la cual usted no demuestre, usted podrá no más de largo concertar una cita por 6 meses. Usted puede también ser visto en la clínica móvil de la salud o la clínica del musgo libremente después de eso, pero no en el mismo tiempo mientras que le están viendo en el centro de la salud. Por favor pregunte a recepcionista si usted quisiera los números a la clínica móvil de la salud o a la clínica libre del musgo.

Si usted excede del 140% de las pautas de la pobreza usted no será elegible para los servicios de la radiología o del laboratorio en el hospital. Le notificarán de esto después de que se termine su investigación. Afortunadamente, usted puede ir a las cuentas del interno de Maria Washington y solicitar su programa indigente para hacer procedimientos radiológicos o del laboratorio hacer.

Además, ha habido un cambio reciente que si usted necesita ser visto y allí no es ninguna cita en el centro de la salud que le darán la opción que se verá en la clínica móvil de la salud. Si es importante que le vean antes de que usted pueda conseguir una cita en cualquier localización, usted tendrá que conseguir el permiso del centro de la salud de ir el cuarto de emergencia. En aquella 'epoca si usted va al sitio de emergencia usted será responsable de los servicios rendidos allí. Si le admiten usted estará bajo cuidado del Dr. Powell; por lo tanto, el laboratorio y los servicios de la radiología estarán bajo programa indigente. Si hay el otro doctor se consulta que, esos servicios no pueden ser ajustados.

Pasado, si usted tiene cualquier dirección o estado de empleo cambia, usted necesitará notificar la oficina en el plazo de 2 semanas. Si hay cualquier cosa en este uso que se encuentre más adelante para ser falso, le caerán del programa indigente y quiere pueda no más de largo concertar citas en el centro cristiano de la salud de Fredericksburg.

Firmando esta forma usted reconoce que usted ha leído y entiende toda la información antedicha y conviene ella.

Nombre Impreso Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del partido paciente o responsable: \_\_\_\_\_

**Centro Cristiano De la Salud De Fredericksburg**  
Abastecimiento De Cuidado medico  
Comprable De la Calidad A la comunidad de Fredericksburg

Estatus del Paciente: Nuevo \_\_\_\_ (o) Reexaminado \_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Mes Dia Ano Mes Dia Ano

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Circule Uno: Raza: Asian Black Hisp Nat. Amer. Blanco Otro Sexo: M F Estado Civil: Sol Cas Sep Div Viu

Si el Paciente es menor, escriba el nombre del Guardian Legal: \_\_\_\_\_

¿Es Ciudadano de Los Estados Unidos?  Si  No Informante: (Circule Uno): Yo Esposo/a Padre/Madre

¿Usted tiene una tarjeta extranjera residente?  Si  No ¿Ningún Pasaporte?  Si  No

Direccion: (Condado) \_\_\_\_\_ Direccion Postal, si es diferente

Calle: \_\_\_\_\_ # Apt. \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Va Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Va Codigo Postal: \_\_\_\_\_

# Tel. Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # Tel. Trabajo : (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: (Nombre) \_\_\_\_\_ Relacion con Paciente: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ # Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tamano Familia (incluyendo al pacient) Adultos: \_\_\_\_ 1 (S, C, S, D, V) \_\_\_\_ 2 (Solo C) Ninos/Dependientes: \_\_\_\_

Informacion de las Personas que Viven en la Casa y su Relacion con el Paciente (No liste at Paciente Aqui-si casar-esposo y niños. Si niño-padres y hermanos. No haga a ningún miembro de la familia extendida o de la no-familia de la lista aquí.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ ¿Estudiante? S N ¿Medicaid? S N

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ ¿Estudiante? S N ¿Medicaid? S N

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ ¿Estudiante? S N ¿Medicaid? S N

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ ¿Estudiante? S N ¿Medicaid? S N

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ ¿Estudiante? S N ¿Medicaid? S N

**ELIGIBILIDAD (Solo Paciente)**

¿Es usted estudiante de tiempo complete?  Si  No ¿Si lo es, en donde? \_\_\_\_\_

¿Recibe usted?: Medicaid:  Si  No ¿Usted ha solicitado Medicaid?  Si  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Si ningún aplíquese por favor con servicios sociales. ¿Si usted se ha aplicado, usted ha oído detrás?  Si  No ¿Por qué le negaron? \_\_\_\_\_

Hospitalizacion Local o Estatal:  Si  No ¿Si lo es, en donde? \_\_\_\_\_ Medicare:  Si  No

¿Usted recieving la remuneración del trabajador?  Si  No ¿debido a qué tipo de lesión?  Si  No

¿Cuándo ocurrió?  Si  No

¿Asistencia de Adm. De Vet?  Si  No Se recibe, % Discapacidad: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿Seguro Medico?  Si  No Si tiene, Nombre de la Compania \_\_\_\_\_ # de Poliza \_\_\_\_\_

Deducible \$ \_\_\_\_\_/Ano (Circule Servs, Cubiertos por Seguro) Vistas Clinica Medicinas Hosp. Lab Rayos X Dental

¿En donde recibio el paciente servicios medicos antes de venire aqui? \_\_\_\_\_

¿Esta usted teniendo problemas para conseguir comida, albergue, o ropa? \_\_\_\_\_

¿Esta usted recibiendo ayuda de alguna otra agencia comunitaria, iglesia ur organizacion? \_\_\_\_\_

BASE DE DATOS

¿Esta empleada alguna de las personas que viven en su casa?  Si  No

**EMPLEO**

\_\_\_\_ Usted mismo ¿Donde Trabaja? \_\_\_\_\_ Hrs./Semana \_\_\_\_\_ \$/Hr \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Esposo(a) ¿Donde Trabaja? \_\_\_\_\_ Hrs./Semana \_\_\_\_\_ \$/Hr \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Padre ¿Donde Trabaja? \_\_\_\_\_ Hrs./Semana \_\_\_\_\_ \$/Hr \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Madre ¿Donde Trabaja? \_\_\_\_\_ Hrs./Semana \_\_\_\_\_ \$/Hr \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Otro ¿Donde Trabaja? \_\_\_\_\_ Hrs./Semana \_\_\_\_\_ \$/Hr \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuando? \_\_\_\_\_

A los que son independientes: ¿Qué tipo de trabajo usted hace? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto los impuestos usted pagan a quarterly del IRS? \_\_\_\_\_ ¿Se incorpora su negocio?  Si  No ¿usted recibe un sueldo?  Si  No ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

Si el Paciente NO esta empleado. ¿Por que?

Estudiante  Incapacitado: Por Que? \_\_\_\_\_  Ama de Casa  Retirado  Suspendido  Enfermo  No Encuentra Trabajo

¿Cuanto tiempo usted ha estado parado? \_\_\_\_\_ ¿Usted tener ha estado solicitando el empleo? \_\_\_\_\_ ¿Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Han procurado solicitar el desempleo o la inhabilidad? \_\_\_\_\_ ¿Cualquiera le demanda en sus impuestos? \_\_\_\_\_

Si necesitamos tan una copia de su más reciente pague los trozos o la documentación de la renta y de W2s. Gracias.

**SITUACION FINANCIERA Fuentes de Ingreso:**

WIC:  Si  No

Ingreso por Ocupacion del Paciente: \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Ingreso/Ocup. de Esposo(a)/Padre/Madre \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Asistencia General \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Manutencion para Ninos \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Pension Alimenticia \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Pension \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
\_\_\_\_ Retiro/ Jubilacion  
\_\_\_\_ Incapacidad  
\_\_\_\_ Sobrevivencia  
Compensacion de Trab. Lesion \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Tanf \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Estampillas de Comida \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Fecha Comenzada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Asistencia para Combustible \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Desempleo: \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
Fecha Comenzada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Termina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu  
**INGRESO TOTAL** \$ \_\_\_\_\_ /Sem; o \$ \_\_\_\_\_ /Men; o \$ \_\_\_\_\_ /Anu

Si usted NO tiene ingreso, ¿como se mantiene actualmente? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Reconozco firmando esta forma, yo certifico que esta información está correcta al mejor de mi conocimiento

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente, o Padre/Madre, o Guardian del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Revisor de Elegibilidad)

