



APLICACION INDIGENTE

Fredericksburg Christian Health Center

1129 Heatherstone Drive
Fredericksburg, VA 22407

APLICACIONES SOLO SERAN ACEPTADAS LUNES-JUEVES 9AM- 3PM

- **Identificacion con foto**
- **Impuestos del año reciente** -Si usted no esta trabajando, necesitara presentar prueba que usted no llene impuestos del IRS. Puede obtener este documento de
1320 Central Park Blvd. Fredericksburg, VA 22401
(540)899-9450
- **Prueba de Domicilio**
- **Prueba de sus ingresos de los ultimos 2 meses** (Incluyendo todos sus impuestos: talones de cheques, beneficios de incapacidad, desempleo, manutencion de nino, y pension alimenticia)
- **Carta de Apoyo** (Solo si esta desempleado(a) o si alguien esta pagando sus gastos)
- **Notificacion de accion para Cupones de Alimento (SNAP)**
- **Aplicacion de nuevo paciente para cada quien aplique de su familia.**

****APLICACIONES INCOMPLETAS SERAN RECHAZADAS. POR FAVOR TRAIGA TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS. ****

PUEDE APLICAR AL PROGRAMA SI USTED:

- No tiene aseguranza (Incluyendo Medicare y Medicaid)
 - Tiene un ingreso familiar inferior a 200% del nivel federal de pobreza
 - Vive en Spotsylvania, Stafford, Orange County,, Fredericksburg, King George , Caroline County, y Westmoreland
-
- Donde recibio su cuidado medico antes de venir aqui? _____
 - Como supo de nuestra Clinica? _____



APLICACION INDIGENTE

Informacion de Paciente

Usted es nuevo paciente o esta re-aplicando? [] Nuevo Paciente [] Re-Aplicando

Fecha de Hoy: __/__/__ Fecha de Nacimiento: __/__/__ # de Seguro ____-____-____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Raza: (Asiatica) (Afro Americana) (Hispana) (Nativo Americano) (Blanca) (Otra)

Estado Civil: [] Soltero [] Casado [] Separado [] Divorciado [] Viudo Sexo: M F

Domicilio: _____

Ciudad: _____Codigo Postal: _____ Condado: _____

Primario (____) ____-____ # Secundario:(____) ____-____

Informacion dependiente/ Hogar

Tamaño de Hogar: Un hogar es considerado **SOLO** esos que estan incluidos en sus impuestos.

Informacion Y Relacion al Paciente **POR FAVOR NO APUNTAR AL PACIENTE** y familia lejana

Nombre _____ Fecha Nacimiento __/__/__ # SS__-__-__ Relacion _____ Estudiante? Si No
Medicaid? Si No

Nombre _____ Fecha Nacimiento __/__/__ # SS__-__-__ Relacion _____ Estudiante? Si No
Medicaid? Si No

Nombre _____ Fecha Nacimiento __/__/__ # SS__-__-__ Relacion _____ Estudiante? Si No
Medicaid? Si No

Nombre _____ Fecha Nacimiento __/__/__ # SS__-__-__ Relacion _____ Estudiante? Si No
Medicaid? Si No

Nombre _____ Fecha Nacimiento __/__/__ # SS__-__-__ Relacion _____ Estudiante? Si No
Medicaid? Si No

Contacto de Emergencia

Contacto de Emergencia (Alguien que no viva con usted)

Nombre: _____

Domicilio: _____

de Telefono: (____) ____-____ Relacion a Paciente: _____



Informacion de Empleo/ Impuestos Mensuales	
Impuestos Mensuales (Paciente)	\$
Impuestos Mensuales (Pareja)	\$
Impuestos Mensuales (Familia/ Segundo Empleo)	\$
Impuestos de Empleo por Cuenta Propia? Que es lo que hace?	\$
Impuestos de Seguro Social	\$
Retiro/ Pension	\$
Manutencion de Hijos	\$
Cupones de Alimento	\$

Total :

Historia de Empleo

Paciente: Donde Trabaja? _____

Horas por Semana: _____ Salario/ Hora: _____ Fecha que Empezo _____

Pareja de Paciente: Donde Trabaja? _____

Horas por Semana: _____ Salario/ Hora: _____ Fecha que Empezo _____

Preguntas Diversas	YES	NO
Es usted estudiante de tiempo completo? Donde?		
Esta usted reciendo pension al trabajador por alguna accidente?		
Esta usted recibiendo asistencia de alguna iglesia o organizacion?		
Esta usted recibiendo Medicare? Parte A, B, C, D (Circule Uno)		
Esta usted recibiendo Medicaid 'Plan First'?		
Esta usted recibiendo WIC?		
Ha usted aplicado para Obamacare?		



Como parte del proceso de elegibilidad para el programa de ayuda financiera en FCHC, deben ser examinados para Medicaid

Por favor marque las preguntas que apliquen en su caso:

___ Si tiene 65 o mas anos de edad.

___ Recibes Medicare.

___ Si Recibes beneficios de Seguro Social

___ Si esta embarazada

___ Si tiene hijos viviendo en su hogar que reciben Medicaid

Para ser elegible para Medicaid en Virginia, usted debe de cumplir con un grupo cubierto.1-* Usted debe solicitar Medicaid si usted cumple con una categoria y proporcionar verificacion de que usted haya aplicado con el fin de ser evaluado para el programa aqui en FCHC. Usted puede solicitar Medicaid en su agencia local de Servicios Sociales, o llamar 1-855-242-8282.

Si usted necesita ayuda para solicitar Medicaid, por favor pregunte a la trabajadora social para mas informacion.

Si usted no cumple una categoria, lo mas probable es que no calificara para Medicaid, sin embargo, usted tiene el derecho de aplicar en cualquier momento.

Por favor firme abajo y devuelvalo con su aplicacion.

Firma de Paciente

Fecha

*Al firmar este formulario, usted entiendo que esta forma fue creada en conjunto con el departamento de servicios sociales por proposito de evaluar a su elegibilidad para los servicios de FCHC, al completar este formulario, no se esta aplicando para Medicaid en cualquier momento en su departamento de servicios sociales en linea www.commonhelp.virginia.gov o llamar 1-855-242-8282

