



## Solicitud Sin Seguro

### Fredericksburg Christian Health Center

1129 Heatherstone Drive

Fredericksburg, VA 22407

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

**Para solicitar por favor complete esta solicitud y traiga todos los documentos enumerados a continuación.  
Una vez completado, tomará hasta tres semanas para que se tome una decisión.**

- Identificación con foto**
- Impuestos del año reciente** – Si usted no esta trabajando, necesitara presentar prueba que usted no lleno impuestos del IRS. Puede obtener este document de llamando al 1-804-916-8700
- Reciente impuestos del año o pruebas del IRS que usted no lleno.**  
Para recibir mas informacion o si necesita copia de su taxes tiene que contractor al IRS. La direction / numero telefono.
  - IRS Northern Virginia, 7980 Quantum Drive, Vienna, Virginia 22182, 1-703-336-4029
  - IRS Richmond Virginia, 400 N 8<sup>th</sup> Street, Richmond, Virginia 23219, 1-804-916-8700
- Prueba de Domicilio**
- Prueba de sus ingresos de los 2 meses** (Incluyendo todos sus impuestos: talons 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 que aplique de su familia**
- Co pago lo tiene que tener el dia de su visita. Si no viene o no llama seria cobrado \$50 dolares.**  
\*\*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, Fredericksburg City, King George, Caroline, y Westmoreland.
- Donde recibio su cuidado medico antes de venir aqui? \_\_\_\_\_
- Como supo de nuestra Clinica? \_\_\_\_\_
- Su empleo ofrece segura medico? \_\_\_\_\_



## Aplicacion Solicitud Sin Seguro

### Informacion de Paciente

Usted es Nuevo paciente o esta re – aplicando?  Nuevo Paciente  Re-Applicando

Fecha de Hoy: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # de Seguro \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiatica  Afro Americana  Hispnao  Nativo Americano  Blanca  otra

Estado Civil:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo Sexo: M/F

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

#Primario (\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_ Secundario (\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_ Numero de Trabajo(\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_

### Informacion dependiente / Hogar

Tamaño de Hogar: Un hogar es considerado **SOLO** esos que incluidos en sus impuestos. Informacion Y Relacion al Paciente  
POR FAVOR NO APUNTAR AL PACIENTE y familia lejana

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS# \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Student? Y/N  
Medicaid? Y/N

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS# \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Student? Y/N  
Medicaid? Y/N

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS# \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Student? Y/N  
Medicaid? Y/N

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS# \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Student? Y/N  
Medicaid? Y/N

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS# \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Student? Y/N  
Medicaid? Y/N

### Contacto de Emergencia

Contacto de Emergencias (Alguien que no viva con usted)

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilo \_\_\_\_\_

# de Telefono (\_\_\_) \_\_\_ - \_\_\_ Relacion a Paciente: \_\_\_\_\_



## Solicitud Sin Seguro

### Informacion de Empleo / Impuestos Mensuales

Salario Mensual (Paciente)	\$
Salario Mensual (esposa (o) otra persona)	\$
Salario Mensual (otro segundo trabajo)	\$
Salario Mensual (soporte)	\$
Seguro Social Salario	\$
Retiro / Pension	\$
Manutencion de hijos	\$
Pension alimenticia o otro Soporte conyuge	\$
Cupones de alimento (SNAP)	\$
Empleado por cuenta propia Salaria. Si es empleado por supropia cuenta que hace?	\$
Otro Salario (compensacion de empliado)	\$
<b>Total Salgrio</b>	

### Historia de Empleo

**Paciente: Donde Trabaja?** \_\_\_\_\_  
 Horas por Semana: \_\_\_\_\_ Salario/ Hora: \_\_\_\_\_ Fecha que Empezo: \_\_\_\_\_  
 Fecha que termino: \_\_\_\_\_

**Pareja de Paciente: Donde Trabaja?** \_\_\_\_\_  
 Horas por Semana: \_\_\_\_\_ Salario/Hora: \_\_\_\_\_ Fecha que Empezo: \_\_\_\_\_  
 Fecha que termino: \_\_\_\_\_

### Preguntas de Empleo

	YES	NO
Es usted estudiante de tiempo complete? Donde?		
Esta usted reciendo pension al trabajador por algun accidente?		
Esta usted recibiendo asistencia de alguna iglesia o organizacion?		
Esta recibiendo asistencia de veterano?		
Esta usted recibiendo Medicare? Parte A,B,C,D (Circule Uno)		
Esta usted recibiendo Medicaid ? Si y cuando?		
Esta usted recibiendo Plan First Medicaid?		
Tiene usted seguro medico? Porfavor ponga la compania de seguro		
Ha usted aplicado para Obamacre?		
Usted recibe WIC?		
A usted reportado taxes del salario? Si no , alguien lo reclama en taxes? Sialguien lo reclama neceslta 2 meses de prueba de salario.		



## Solicitud Sin Seguro

### Medicare / Medicaid Screening

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

Por favor marque las preguntas que apliquen a usted:

\_\_\_\_\_ Si tiene 65 o mas de edad

\_\_\_\_\_ Si esta embarazada

\_\_\_\_\_ Recibes Medicare / Medicare

\_\_\_\_\_ Siesta ciego y recibe Beneficios de Seguro Social

\_\_\_\_\_ Si tiene hijos viviendo en su hogar que reciben Medicaid?

\_\_\_\_\_ Esta usted recibiendo beneficios de seguro social o desabilitado

\_\_\_\_\_ Ninguno de lo siguiente.

**Es usted un Ciudadano Americano** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Para ser legible 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. uninsured program here at FCHC. Usted puede solicitar Medicaid en su agencia local de Servicios Sociales [www.commonhelp.virginia.gov](http://www.commonhelp.virginia.gov), 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 moment. Por favor firme abajo y devulvalo 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 completer este formulario, no se esta aplicando para Medicaid en cualquier momento ensu department de servicios sociales en linea [www.commonhelp.virginia.gov](http://www.commonhelp.virginia.gov), o llamar 1-855-242-8282.**



## Solicitud Sin Seguro

### Carta de Apoyo

**Esta o necesita ser completado si usted no esta trabajando o no tiene otra forma de salario, o si usted recibe soporte financiero de otra persona.**

Yo, \_\_\_\_\_, (Persona quien lo ayuda)

Proveo \_\_\_\_\_ (Nombre de paciente) con lo siguiente servicios, revisa todo lo que aplica:

- Paciente vive conmigo en la residencia de Fredericksburg, Caroline, King George, Spotsylvania, Stafford o Westmoreland County.
- Comida
- Seccion 8 o renta
- Ayuda financiera
- Transportacion
- Yo reclamo la siguiente persona en mis taxes. (Porfavor provenos con una copia de los impuestos del ano pasada)
- Otro (Porfavor especificar) \_\_\_\_\_

**Si no tiene impuesto:**

Porque? Esplica: Despedido lastimado Ama de casa o Attentado aplicar para el desempleo o discapacidad como esta viviend ahorita? \_\_\_\_\_

**Nombre de quien lo ayuda?** \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo postal: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_

Cual es su relacion con este paciente? \_\_\_\_\_ (amigo, hermano (a), padre )

**Firma de persona quien lo ayuda:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



## Solicitud Sin Seguro

- Usted tiene que entregar la informacion requerida con la aplicacion de ayuda financiera de FCHC para que su proceso financiero comienze. **No vas a poder hacer una cita hasta que lo apruben para el programa.** Si usted quiere que lo veamos antes de ser aprobado usted seria requerido pagar por la vista (un 20% de descuento le seria descuento le seria dado). Usted seria dado este descuento si no lo aprueban para el programa.
- Si es importante que lo miren antes de su cita, usted puede ir a sala de emergencias. Si usted va a sala de emergencia usted seria responsable por lo servicios dado. Nosotros le recommendamos que aplique para el programa financiero de Mary Washington Hospital. Si usted esta admittido a Mary Washington Hospital, usted estaria bajo la lista de Medico Hospitalistas por lo tanto los servicios de laboratorios y radiografias estarian bajo el programa financiero de Mary Washington. Los demas servicios con otro doctors no estaran cubiertos bajo el programa financiero, y usted talvez reciba un bill y es responsable de contractar la oficina para hablar de su estado no asegurado.
- ***Pacientes que esten en el programa no asegurado tendrian que reaplicar cada 12 meses. Usted estaria requerido a reenviar todos los documentos de Nuevo.***
- Nuestra programa financiero no cubre compensacion de trabajadores o reclamaciones de vehicos de motor.
- Nuestra oficina tiene una politica de si no llama/ no presentarse y cancelacion el mismo dia de la siguiente manera:
  - Si usted no viene a su cita o cancela el mismo dia de su cita no podra obtener otra cita hasta en 3 meses.
  - **Si usted tiene 3 citas que no llamo o no vino a su cita y cancel el mismo dia seria despedido permanentemente de FCHC.**
  - Por cada cita que usted cancele el mismo dia o no se presente le cobraremos \$50.00.
- Si su direccion o empleado a cambiado tendra que notificar nos ente 2 semanas. Si hay algo en la solicitud que termina siendo falso usted seria despedido permanentemente y nunca podra hacer cita en Fredericksburg Christian Health Center.

***Firmando esta forma da entender que usted a leído y entiende toda la informacion anterior y acepta. Usted tambien a certificado que esta informacion en la aplicacion este correcta y a su major conocimiento.***

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Persona Responsable: \_\_\_\_\_