

St. Jude Neighborhood Health Centers reciben becas que apoyan nuestro trabajo; Dichas becas requieren que hagamos las siguientes preguntas:

¿Cuántas personas son en su familia/hogar?:
¿Cuál es el ingreso <u>mensual</u> de su familia/hogar?:
¿Trabaja alguien en su familia/hogar como trabajador agrícola migratorio o por temporadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (trabajar en jardinería o lechería no se considera trabajo agrícola)
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elije no divulgar <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> Heterosexual, hetero
¿Usted actualmente o a partir de anoche se encuentra sin un hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si usted se quedó en un albergue, vivienda transicional, o en le sofá de un amigo, o en la calle porque no tiene casa, debe usted contestar 'si').
¿Reside usted en una vivienda pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (el programa de cupones de sección 8 no es vivienda pública – si los usa conteste 'no')
¿Es usted veterano de los Servicios Uniformados Estadounidenses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cómo se enteró de la existencia de nuestra clínica?
¿Desea información sobre las Directivas por Anticipado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Una directiva por anticipado es un documento que describe sus deseos con respecto al tratamiento médico, a menudo incluye un testamento en vida, que se utiliza si/cuando usted no puede comunicar sus deseos a los médico como resultado de una lesión o enfermedad.
¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> No – Para que lo consideren para nuestro programa de tarifa reducida, <u>usted debe completar la solicitud de asistencia financiera anexa</u> . Usted debe <u>proveer también todos los documentos de apoyo requeridos</u> . <input type="checkbox"/> Si, mi seguro médico es: _____.

Favor de firmar abajo y entregar esta solicitud a nuestro personal.

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Solicito y autorizo a St. Jude Neighborhood Health Centers para que me brinden servicios de salud. Entiendo que St. Jude Neighborhood Health Centers pudiera utilizar y divulgar mi información tal como se describe en los Avisos de Prácticas de Privacidad. Recibí una copia de las mismas. He revisado y acepto cumplir con el contrato de paciente de St. Jude Neighborhood Health Centers (formulario rojo). Reconozco los fondos de St. Jude Neighborhood Health Center Center HHS y el Servicio Federal de Salud Publica ha considerado el estado con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia medica, para si mismo y para sus individuos cubiertas. Entiendo que nunca se me negara la atención debido a la imposibilidad de pagar y que puedo solicitar tarifas con descuento en función de mis ingresos.

Entiendo y estoy de acuerdo en notificar a St. Jude Neighborhood Health Centers, si mientras me encuentre bajo su cuidado hubiera algún cambio en la información incluida en este formulario. Entiendo que pudiera cumplir con los requisitos para obtener tarifas reducidas basadas en el ingreso de mi hogar.

Firma

Fecha

Rep: _____

Date Reviewed and Entered: _____

Complete este formulario si usted NO tiene seguro médico

Solicitud de Asistencia Financiera

Date Received:

Apellido:	Nombre:	MRN:
Domicilio:		New Patient <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Fuentes de Ingresos	Cantidades
Salario y pago (antes de las deducciones)	
Ingreso independiente (por su cuenta)	
Intereses y Dividendos	
Ingresos por bienes raíces	
Beneficios del Seguro Social	
Pensión alimenticia /manutención de los niños	
Desempleo /Incapacidad	
Otros	
Total	\$

Conteste las preguntas para cada miembro de su familia – (Debe poner en la lista a su cónyuge y los niños):

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Bienes (favor de calcular el valor y la deuda):

Bien	Valor	Deuda (monto que adeuda)
Casa (residencia principal)		
Otros bienes raices		
Vehículos de motor		
Cuentas bancarias e inversiones		
Planes de Jubilación		
Otros		
Total:		

¿Tiene algún gasto inusual, gastos grandes, tales como cuentas médicas, bancarrotas acuerdos o sentencias judiciales? De ser así, explique por favor el gasto y el monto por mes que se le requiere pagar:

Para reunir los requisitos y obtener descuentos en sus tarifas, debe presentar lo siguiente:

- Declaración de impuestos del año más reciente de cada persona que vive en el hogar (debe incluir los formularios W2s)
- Copias de tarjeta de seguro médico de cada persona en el hogar
- Comprobante de domicilio (Identificación gubernamental o una factura que le enviaron por correo a su domicilio)

Si no tiene una declaración de impuestos:

- Dos talones de pago reciente (que incluya el ingreso de seguro social, pensión alimenticia o pagos de manutención de niños) de toda persona que reciba ingreso en el hogar
- Dos estados de cuenta bancarios recientes para todos los que tengan una cuenta bancaria y vivan en el hogar

Doy fe que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que debo notificar a St. Jude Neighborhood Health Centers si cambiara el estado de mi seguro médico o ingresos.

Firma

Fecha

Rep: _____

Date Reviewed: _____