Frederick County Health Access Program

An Initiative of the Frederick County Health Care Coalition
In Partnership with the Frederick County Health Department

Providing Connections to Care

Ph. 301-788-8592 FAX 866-430-9751

Esta es una solicitud para el Programa de Acceso a la Atención de la Salud del Condado de Frederick que ayuda a los residentes, menores y adultos, del Condado de Frederick, a acceder a los servicios de atención de la salud por una baja tarifa por visita. El programa pagará algunas pruebas de diagnóstico y análisis de laboratorio. Se asistirá a los subscriptos para solicitar medicaciones o asistencia hospitalaria cuando se necesite. Los residentes deben reunir ciertas condiciones respecto al ingreso económico y no deben ser elegibles para ningún otro programa de seguro de salud. Una vez que estén inscripto, los participantes deben solicitar otra vez cada seis meses. Para solicitar este beneficio, Ud. debe:

1. **Completar la solicitud y firmar el formulario de autorización para divulgar información.**

2. **Proporcionar prueba del total del ingreso al presente. Proporcionar una copia de al menos UNO de los siguientes comprobantes:**

   - Comprobante(s) de sueldo por el período de las últimas cuatro semanas; deben ser períodos de pago consecutivos
   - Carta del Empleador en donde se indique el ingreso actual
   - Si es trabajador independiente, el último Formulario de Impuestos Federales al Ingreso, firmado y fechado, incluido el formulario de impuesto de ganancias/pérdidas
   - El ultimo Formulario de Impuestos Federales al Ingreso Personal y Comercial

   Si se han recibido, también debe presentar una copia de las cartas de otorgamiento de los Beneficios de Seguro Social, del Seguro Social por Discapacidad [en inglés SSD] o de Desempleo.

3. **Proporcionar prueba de residencia actual en el Condado de Frederick.**
   Proporcionar copia de uno de los siguientes comprobantes:

   - Licencia de Conducir u otro documento de identificación con nombre y dirección actual (tarjeta para votar, MVA, etc.)
   - Alquiler/ hipoteca con el nombre y la dirección actual
   - Factura del servicio de la luz, el gas, etc. con el nombre y la dirección actual del solicitante (no se acepta una factura de teléfono celular).

4. **La tarjeta de Seguro Social de cada uno de los solicitantes que tenga número de Seguro Social**

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el Coordinador del Programa al 301-788-8592.
Si es elegible para este programa y se inscribe, Ud. deberá firmar un Formulario de Confidencialidad y Aceptación de la Responsabilidad del Paciente (en inglés HIPPA) y recibirá mayores instrucciones respecto a su participación.

Los servicios del programa están disponibles para todos los residentes que reúnan los requisitos sin considerar su edad, discapacidad, país de origen, raza, religión, sexo u orientación sexual.

PROGRAMA DE ACCESO A ATENCIÓN DE LA SALUD
DEL CONDADO DE FREDERICK –
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nº del solicitante_____
FECHA_____
Referido por:_____

Jefe de Familia:
Apellido _____Primer Nombre_____Segundo Nombre_____
¿Casado/a? ____Sí ____No ¿Embarazada? ____Sí ____No ¿Atención Prenatal?_____
Dirección_____Apto #_____
Ciudad_____Estado_____ Código Postal_____
Teléfono de casa_____Celular_____Trabajo_____
Dirección Postal (si es diferente de la anterior)_____
_____

¿Cuánto hace que reside en esta dirección?_____ ¿Prueba de residencia en el condado? ___Licencia de Conducir / Tarjeta de Identificación
___Alquiler/ Hipoteca ___ Factura de servicios

¿Está Ud. o alguno de los que solicita inscripción en el FCHAP, cubierto por algún tipo de seguro de salud? _____Sí _____No
¿Ha Ud. solicitado los servicios de programas de seguro público (Asistencia Médica, Medicaid, PAC, MCHIP)?_____
Si es afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Tiene actualmente alguna factura de servicios médicos sin pagar? ¿Por aproximadamente qué monto?
_____
(Solamente para información – este programa no puede pagar sus deudas de servicios de salud)

Miembros de su familia: Por favor, enumere los miembros de su familia en su casa (incluido Ud. mismo)

Nombre:	Nº de S. Social (si se tiene)	Parentesco	Fecha de Nac.	Sexo	Raza	¿Inscripto en MCHIP?	¿Solicitando para esta persona?
_____	_____	_____	_____	___	_____	sí no	sí no
_____	_____	_____	_____	___	_____	sí no	sí no
_____	_____	_____	_____	___	_____	sí no	sí no
_____	_____	_____	_____	___	_____	sí no	sí no
_____	_____	_____	_____	___	_____	sí no	sí no

Información acerca del ingreso:
Enumere todos los salarios, ingresos o dinero proveniente de un trabajo o de un trabajo independiente que Ud. o su cónyuge, u otros que estén enumerados anteriormente, reciban **(adjunte copia de comprobante de ingreso)**

Nombre de la persona empleada	Empleador	Dirección del empleador	Teléfono	Salario	Frecuencia de pago	Fecha de comienzo
_____	_____	_____		_____	_____	_____
_____	_____	_____		_____	_____	_____
_____	_____	_____		_____	_____	_____

Otros recursos financieros:
Enumere el ingreso de pensión alimenticia, seguro social, ingreso de alquileres, jubilación, beneficios de huelga, desempleo, beneficios de veteranos, compensación de los trabajadores, que Ud. o su familia reciba **(adjunte copia de comprobante de ingreso)**

Persona que recibe el beneficio	Tipo de beneficio	Monto que recibe	¿Frecuencia?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

No. de ID del Solicitante_____

INFORMACIÓN ADICIONAL (A ser llenada para cada solicitante)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial___ Fecha de Nacimiento _____
Idioma Principal _____ ¿Habla inglés? ____ Sí ____ No

¿Dónde va habitualmente para la atención regular de salud o cuando usted está enfermo(a) (tal como a un médico privado, clínica, Misión de Caridad (Mission of Mercy), la sala de emergencias del hospital)?
Por favor nómbrelo: _____
¿Cuándo fue su última visita? _____
¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted visitó por última vez a un médico para un chequeo de rutina? (Un chequeo de rutina es un examen físico general, no por una lesión, enfermedad o afección específica.)

Menos de 1 año **Más de 1, menos de 2 años** **Más de 2, menos de 5 años** **Más de 5 años** **Nunca**

En el último año, ¿hubo algún momento necesitó ir donde un médico pero no pudo debido al costo? Sí No

¿En algún momento le ordenaron pruebas de laboratorio o exámenes médicos pero no pudo hacérselos debido al costo? Sí No

¿Hubo algún momento cuando se le aconsejó ver un especialista pero no pudo debido al costo? Sí No

¿Hubo algún momento en que necesitó un medicamento recetado pero no pudo obtenerlo porque no podía pagarlo? Sí No

¿Alguna vez dejó de tomarse una dosis o tomó menos medicamento del ordenado para hacerlo durar más y ahorrarse dinero? Sí No

¿Ha hecho visitas al departamento de emergencias de un hospital en los últimos 12? (favor marcar el número total)

____0 _____1 ____2 _____3 _____4 _____5 o más

Favor indicar los motivos de las visitas: _____

¿Cuándo fue la última vez que usted fue al odontólogo o a una clínica odontológica? _____
¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo un examen de ojos en el que le dilataron las pupilas (usando gotas oftálmicas que hicieron que sus ojos fueran temporalmente sensibles a la luz)? _____

ESTADO DE SALUD ACTUAL
Afecciones médicas conocidas (permanentes / crónicas) _____

_____

Medicamentos Actuales / ¿Recetados por Quién?

_____

_____

¿Cómo describiría usted su salud general?

1	2	3	4	5
Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente

METAS DE SALUD:

_____

_____