



Nombre: _____ Fecha: _____
(Letras de imprenta)

Por favor, este seguro de incluir la información siguiente con su aplicación. Traiga con usted los documentos originales. Llegar sin esos documentos retrasará el proceso de aplicar y el tratamiento.

- ____ Su identificación con fotografía (NC o ID expedido por un estado o licencia/pasaporte/ID de su país de origen)
- ____ Copia de la primera y segunda página de su declaración de impuestos actual (1040 o 1040 EZ) (requerido solamente por Prescription Assistance Program)
- ____ Prueba de domicilio
 - ____ Prueba de ingreso para cada miembro del hogar:
 - Comprobantes de pago consecutivos para un mes o una carta de membrete de la compañía de su empleado sobre el monto de pago por hora y el número de horas trabajadas **cada semana** en el mes pasado (si pagado en efectivo).
 - Para el ingreso de cuenta propia, por favor de hacer una lista de ingresos brutos para los tres meses consecutivos y traer una copia de su declaración de impuestos del año pasado.
 - Carta de aceptación de cupones de alimentos (Food Stamps).
 - Manutención de los hijos para _____
 - Ingreso de seguro social para _____
 - Beneficios del desempleo _____
 - Beneficios de indemnización de los trabajadores (Workman's Comp) _____
 - Carta de ayuda de vivienda
 - Carta(s) de soporte

Traiga los documentos completados a una Clínica de Evaluación de Elegibilidad, en martes, jueves o viernes de 12:30-3:00 por la tarde. Después de que determinemos que califica, le haremos una cita.

NOTA: No prescribamos los narcóticos.



HEALTHREACH
Community Clinic

INSTRUCCIONES Y REQUIREMINETOS PARA SER UN PACIENTE EN HEALTHREACH COMMUNITY CLINIC:

1. No puede tener seguro medico, Medicaid ni Medicare
 2. Tiene que llenar todas las secciones del paquete de aplicación y devolver la aplicación completa con una **PRUEBA DE SALARIO**
 3. Tiene que presentar una prueba de identificación con fotografía
 4. Nosotros reservamos el derecho para determinar quién es elegible para hacerse paciente. Nosotros también reservamos el derecho de terminar los servicios a los pacientes que no cumplen una cita y/o no cumplen con las reglas de la clínica. Algunas razones comunes para la despedida de pacientes:
 - a. No venir a las consultas. Nosotros requerimos que todos los pacientes nos llamen 2 horas antes de la cita para cancelar o hacer una nueva cita.
 - b. Pidiendo drogas narcóticas
 - c. Dar cualquier tipo de información falsa es suficiente para despida inmediata
- Esta clínica es una institución sin fines lucrativos. Los doctores y las enfermeras son voluntarios. HealthReach Community Clinic depende en donaciones de miembros de la comunidad, organizaciones locales y becas para poder server a nuestros pacientes. Nosotros no estamos afiliados con ningún hospital ni ninguna agencia del gobierno. Nuestros servicios están limitados a provenir asistencia médica básica.

HealthReach Community Clinic hará todo lo que podamos para ayudar, PERO, pacientes no están garantizados ni tienen derechos a servicios específicos.

Al firmar este documento usted reconoce que entiende el contenido de este documento y acepta las reglas de la Clínica. Usted también reconoce que toda la información que nos da es correcta.

Su información es confidencial.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____
Paciente/ Representante autorizado*

Yo entiendo que HealthReach Clinic opera en disponibilidad limitada. No es posible que los doctores voluntarios o empleados están disponibles 24 horas al día, siete días por semana. En el caso de una emergencia que necesite asistencia médica, yo llamare al 911 o iré a la sala de emergencia más cercana. Si yo estoy en la situación que necesite asistencia médica que no sea en un caso de emergencia y la Clínica está cerrada, yo buscare otras opciones de ayuda médica como un centro de cuidado urgente.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____
Paciente/ Representante autorizado*

* Si es un representante autorizado, por favor indique su relación al paciente:

_____ Esposo/ _____ Padre/Madre _____ Otro (Por favor explique) _____



Formulario para detección de elegibilidad del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Núm. de seguro social: _____

Raza: _____ Lenguaje primaria: ____ Ingles ____ Español ____ Otra

Dirección: _____

Teléfono (Hogar) _____ (Celular/Otra) _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

¿Cuántas personas viven en su casa?

¿Hace cuanto tiempo en esta casa?

(Incluyendo sí mismo)

_____Años _____Meses

Adultos: _____ Niños bajo de 18 años: _____

Lista todas las personas (Incluyendo sí mismo) que viven tiempo complete en este hogar

Nombre	Raza	Sexo	Edad	NSS	Relación	Ing./Mes
1.						\$
2.						\$
3.						\$
4.						\$
5.						\$
6.						\$
7.						\$

Declaración de cliente y renunciación de información

Certifico yo que la información arriba es correcta a lo mejor de mi conocimiento y capacidad. Entiendo yo que si fallo intencionalmente a revelar información correcta y exacta que servicios pueden estar terminados o suspendidos como parece apropiado por HealthReach Community Clinic. Entiendo que en el caso de terminación, no estaré capaz de aplicar para la asistencia en el futuro. Además entiendo que los servicios están terminados o suspendidos por la discreción de HealthReach Community Clinic.

También doy permiso a HealthReach Community Clinic a contactar y verificar información de otras agencias y compañías como se pertenece a esta aplicación y los servicios que HealthReach provee.

Firma: _____

Nombre imprimado: _____