

Chiricahua Community Health Centers, Inc.

Aplicación De Escala De Ingresos

Programa del Cuidado Primario Del Estado de Arizona (ASPCP)
 Programa Federal (Fed)

A. Información del paciente:

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento
----------	--------	---------	---------------------

B. Cantidad De Miembros De Familia: _____ *Incluya todos los miembros de su familia (definición de miembros de familia es requerida)*

Nombre Completo	√*	Genero	Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Relación con paciente	Estado Civil
<i>(Jefe/a de familia)</i>		H M				
		H M				
		H M				
		H M				
		H M				
		H M				
		H M				

(* una marca indica si el miembro de la familia es elegible para la escala de ingresos)

C. Visita Inicial (aplica a la familia entera) He recibido información acerca de los documentos necesarios para mi investigación financiera. Yo entiendo que debo entregar los documentos que me hicieron falta lo mas pronto posible a la clínica, esta elegibilidad se termina en 45 días (ASPCP) en: _____ O Un día (Fed SFS) en: _____

Ingresos de familia:	Firma:	Fecha:
----------------------	--------	--------

CCHCI Notas:

un día de elegibilidad aprobado / documentos que faltan:

D. Comprobante de Residencia en Arizona (requerido por ASPCP- Indica el tipo de comprobante del cual esta incluido)

REQUERIDO	<input type="checkbox"/> Licencia de manejar del estado de Arizona o una identificación con foto
MAS UNO DE ESTOS	<input type="checkbox"/> Un comprobante de utilidad reciente o una carta donde enseñe su dirección en Arizona
	<input type="checkbox"/> Una carta de una persona que no sea su pariente ya sea un vecino o la persona quien le renta diciendo que usted reside en Arizona y que vive en la dirección que usted declara.
	<input type="checkbox"/> Un recibo de renta, hipoteca o compra de casa, con el nombre del cliente y dirección de Arizona.

E. Ingresos del Paciente / Familia (Indique el método de verificación utilizado y adjunte la documentación requerido para el expediente)

<input type="checkbox"/> Nomina ó Talón de Cheque (<i>Equivalente a un mes de sueldo; ejem. 4 semanales ó 2 quincenales</i>)
<input type="checkbox"/> Ingresos no salariales (<i>Beneficios militar, Seguro Social, SSI, Manutención de menores, etc.</i>)
<input type="checkbox"/> Carta de Verificación de Ingresos de su Trabajo (<i>Con encabezado y firma</i>)
<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos (<i>usando los ingresos totales ó cualquier otra forma de declaración de impuestos (W-2 la forma mas reciente)</i>)
<input type="checkbox"/> Auto declaración en escrito por el cliente
<input type="checkbox"/> Otra forma de Declaración de ingresos (Lista de trabajo, trabajos de ayuda, etc)

F. Declaración De Seguro Medico

Tiene el paciente seguro medico por el momento? Si No (Si la respuesta es si, Provee información de seguro/ Medicare)

Nombre de Seguro Medico: _____ Numero de Póliza: _____
 Nombre de Asegurado: _____

G. Razón Para Elegibilidad Federal (Salte esta letra si esta con el programa de ASPCP) Elegibilidad Dental Solamente

<input type="checkbox"/> No Es Residente De Arizona
<input type="checkbox"/> Medicare / Seguro Medico – no en su totalidad
<input type="checkbox"/> Documentación Incompleta
<input type="checkbox"/> Tiene AHCCCS y Califica para la escala de ingresos federal en cobertura dental

H. Verificación del Tamaño de la familia (por cada dependiente)

<input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento	Y	<input type="checkbox"/> Seguro Social (si aplica)
<input type="checkbox"/> Pasaporte		

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

H. Aplicación/Status AHCCCS

A
H
C
C
C
S

<input type="checkbox"/> Aplicación de AHCCCS completa y Pendiente	<input type="checkbox"/> APROBADA (Continué en la sección federal para cobertura Dental) Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Negada (Debe presentar carta de negación para cada integrante de la familia que reciba servicios de la escala de ingresos) Continúe a la sección de elegibilidad ANUAL.
<input type="checkbox"/> Aplicación de AHCCCS completa y el paciente fue determinado no elegible (por Health-e-App) Continúe a la sección de elegibilidad ANUAL.	
<input type="checkbox"/> Inelegible Para AHCCCS (Determinada por el status migratorio Ó _____. Paciente Deberá firmar la forma de ilegibilidad de AHCCCS) Continúe a la sección de elegibilidad ANUAL.	

Yo certifico que lo antes mencionado es correcto y que por el momento no cuento con seguro medico. Además entiendo que mi elegibilidad para los servicios de la escala de ingresos es solamente por 45 días, y vence en: _____ (date) (no es necesario si es ilegible para AHCCCS)
 Firma: _____ Fecha: _____

Determinación De Elegibilidad Anual Para La Escala De Ingresos ASPCP Fed SFS

I. Determinación Del Nivel Federal De Pobreza y Forma De Pago Para La Escala De Ingresos

A
N
U
A
L

Numero de integrantes de la familia		Ingreso	\$
Porcentaje del nivel Federal de Pobreza	%	Fecha de Elegibilidad	
Cantidad Mensual Para Prescripciones	\$20.00	Fecha de Vencimiento	
Responsabilidad de la Escala de Ingresos del Paciente (Porcentaje o Co-pago)	Servicios Médicos : \$20.00 Adulto * \$15.00 Niños * OR %	Servicios Dentales : %	

CCHCI Notas: _____

Yo afirmo que la información proporcionada a CCHCI, es precisa y correcta a me conocimiento. Yo entiendo lo siguiente:

- ✓ Si esta aplicación es falsificada, seré descalificado(a) del programa
- ✓ Hay un cobro de \$25 por alguna cita no cancelada en un periodo de 24 horas de anticipación.
- ✓ Este programa solamente cubre servicios básicos y solamente los servicios ordenados por un medico de CCHCI.
- ✓ Si esta información cambia, debo aplicar nuevamente con la información correcta.
- ✓ Mis responsabilidades de pago son mencionadas en la sección "I"
- ✓ La fecha de me elegibilidad
- ✓ Es mi responsabilidad de redeterminar mi elegibilidad antes de la fecha de vencimiento.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Representante de Chiricahua Community Health Centers, Inc. Fecha _____

Mobile Medical Unit 1100 'F' Avenue Douglas, AZ 85607 Phone: (520) 364-4984 (from Willcox call: 384-6300) FAX: (520) 805-1292	Bisbee 108 Arizona Street Bisbee, AZ 85610 Phone: (520) 432-3309 FAX: (520)432-3717	Ginger Ryan Clinic 1100 'F' Avenue Douglas, AZ 85607 Phone: (520) 364-3285 FAX: (520)364-3378	Cliff Whetten Clinic 10566 Highway 191, P.O. Box 263, Elfrida, AZ 85610 Phone: (520) 642-2222 (from Willcox call: 384-6363) FAX: (520) 642-3591
--	---	---	---