



**CAROLINE CHRISTIAN
HEALTH CENTER**
GROWING HEALTHY FAMILIES

Family Shared Cost Program

Gracias por su interés en el Programa Familiar de Costos Compartidos de CCHC. Creemos que usted tiene el derecho de recibir cuidado médico independientemente de su estado financiero y de empleo. Es nuestro deseo ver que usted y su familia reciban ese cuidado aquí en Caroline Christian Health Center. Por favor tómese un momento para leer nuestras guías para el Programa Familiar de Costos Compartidos. Es importante para nosotros que usted entienda como trabaja el programa. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia completando la aplicación, por favor no dude preguntar. Nuestros empleados están aquí para ayudar.

¿Cómo escucho de nosotros? _____

Usted será requerido devolver la información requerida junto con la aplicación lo más pronto posible para que su proceso de evaluación pueda comenzar. Si usted no puede cumplir el criterio de elegibilidad para el programa de FSCP, usted será responsable por las visitas. De este ser el caso nosotros trabajaremos con usted para proveerle un plan de pago razonable.

Pacientes participes del programa FSCP serán re-evaluados anualmente. En el momento de su re-evaluación se le requerirá someter los documentos nuevamente junto con una nueva aplicación. Al año se requerirá que aplique nuevamente al medicaid. **Esto es requisito para todos los pacientes en el programa de FSCP.**

En el evento de que su niño(a) esté enfermo (a) y necesite ir a sala de emergencias, usted será responsable de pagar por todos los servicios dados. Hable con un representante en la sala de emergencias y pregunte sobre el programa para pacientes sin seguro medico.

Finalmente, si tiene algún cambio de dirección o de estado de empleo, necesitara notificar a la oficina dentro de dos (2) semanas. Si hay algo en esta aplicación que después sea encontrado como falso, será sacado del Programa Familiar de Costos Compartidos.

La participación en el Programa Familiar de Costos Compartidos de Caroline Christian Health Center implica que usted ha entendido y aceptado lo antes escrito.

Nombre escrito del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o parte responsable: _____



Lista de Chequeo de Registración del Programa Familiar de Costos Compartidos

Por favor tener la siguiente información disponible con su aplicación. Esto le permitirá a la oficina procesar su aplicación al **Programa Familiar de Costos Compartidos (FSCP)** rápidamente.

- Tarjeta de Seguro Social (niño/a) o copia certificado de nacimiento

- Verificación de empleo

W-2 formas del año anterior o el retorno de tasas federales

- Documentación de lo siguiente (si recibe estos beneficios):

Incapacidad	Pensión
Compensación de Trabajo	Beneficios de Sobreviviente
Seguro Social	Desempleo
Soporte de Niños	Asistencia General
Pensión alimenticia	Tanf
Asistencia de Combustible	

- Carta de Negación por ingreso de Medicaid



Aplicación del Programa Familiar de Costos Compartidos

Por favor llenar todas las áreas aplicables completamente. Esto le permitirá a la oficina procesar su aplicación rápidamente.

Fecha de aplicación: ___/___/___ Tipo de Paciente: Nuevo Anterior

Nombre: (Apellidos) _____ (Nombre) _____ (Seg) _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ SSN de Paciente o Responsable ___-___-___

Marque Uno: Raza: Asiático Negro Hispano Nativo Americano Blanco Otro Sexo: M F

Nombre Parte Responsable: _____

Dirección Residencial: _____

P.O. Box: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) ____-____ Teléfono Celular: (____) ____-____ Teléfono otro: (____) ____-____

Dirección de Correo, si es diferente:

Calle/P.O. Box: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

En Caso de Emergencia Contactar (que no viva con usted): _____

Dirección: _____ Teléfono (____) ____-____

Relación al Paciente: _____

Tamaño de Vivienda (incluyendo al paciente) (Es importante completar esta sección. Por favor déjenos saber cuántas personas son sustentadas con el salario presentado.

Nombre _____ Fecha Nacimiento ___/___/___ Relación: _____

Nombre _____ Fecha Nacimiento ___/___/___ Relación: _____

Nombre _____ Fecha Nacimiento ___/___/___ Relación: _____

Nombre _____ Fecha Nacimiento ___/___/___ Relación: _____

Nombre _____ Fecha Nacimiento ___/___/___ Relación: _____



Contestar las siguientes preguntas no afectara el que su hijo(a) reciba asistencia o tratamiento en Caroline Christian Health Center y esta información no será compartida a un tercer partido al menos que no sea ordenado por una Corte.

¿El niño (a) Ciudadano Americano? _____ Si _____ No ¿si no Su hijo(a) tiene tarjeta de residente? Y/N

Elegibilidad de Medicaid/ Medicare

¿Su Hijo(a) tiene seguro estatal por medio de Medicaid o Famis? Si No

¿Ha aplicado para los servicios Medicaid o Famis? Si No ¿Cuando? _____

Usted debe aplicar por el seguro estatal de Medicaid o Famis si usted es elegible. Favor ver a uno de nuestros empleados si tiene alguna pregunta sobre el proceso de la aplicación. Tenemos aplicaciones disponibles en Ingles y Español, por favor denos una breve explicación por el cual fue denegada su solicitud.

¿Donde usted recibió atención médica antes de venir a nuestra oficina?

¿Su hijo(a) participa con el programa de WIC (Mujer, infantes, y Niños)? Si No

¿Tiene problemas proveyendo Comida, Techo o Vestimenta?

*Empleo de Padres o Guardián

¿Esta alguien en su casa empleado? Si No

___ Padre Donde trabaja _____ \$ Mensual ___ Comenzó ___ Termino ___

___ Madre Donde trabaja _____ \$ Mensual ___ Comenzó ___ Termino ___

___ Otro Donde trabaja _____ \$ Mensual ___ Comenzó ___ Termino ___

¿Si es empleado propio: Que tipo de trabajo hace? _____

¿Si este es el caso, cual es el salario mensual /Anual? _____

Si Padres o Guardián están desempleados, marcar todas las que aplique: ___ Estudiante

___ Ama(o) de casa ___ Retirado(a) ___ Laid off ___ Enfermo(a)/Lesionado(a) ___

___ No puede encontrar trabajo

Estado Financiero (fuentes de ingreso)

Manutención de niños \$_____/Semana o \$_____/Mes o \$_____/Año

Pensión alimenticia: \$_____/Semana o \$_____/Mes o \$_____/Año

Seguro Social: \$_____/Semana o \$_____/Mes o \$_____/Año

Retiro \$_____/Semana o \$_____/Mes o \$_____/Año

Desempleo \$_____/Semana o \$_____/Mes o \$_____/Año

Comienzo de beneficios ___/___/___ Fecha que Termino ___/___/___ Año

Otro: \$_____/Semana o \$_____/Mes o \$_____/Año

*Si NO tiene ingreso, ¿cómo está actualmente cumpliendo con sus necesidades de vida? _____

El programa Familiar de Costos Compartidos NO CUBRE visitas a sala de emergencias, especialistas, laboratorios, rayos x o costo de farmacia. Aunque algunos descuentos pueden que apliquen a estos servicios extendidos, no podemos garantizar que apliquen en todas las situaciones.

Yo reconozco al firmar esta forma, Yo certifico que esta información es correcta a mi completo conocimiento.

Firma del Padre o Guardián

___/___/___
Fecha

Firma del Encargado de Elegibilidad