

# Instrucciones de Aplicación

## REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

1. Ser residentes de los cayos
2. Cumplir con las restricciones de nivel de ingreso (ver Criterios de Elegibilidad de Ingreso Bruto)
3. Sin seguro médico de cualquier tipo

## DOCUMENTOS NECESARIOS

1. **La aplicación completa**  
(Una aplicación separada se requiere para cada miembro del hogar que está buscando servicios)
2. **Identificación con fotografía**  
(Licencia de conducir, identificación del estado, pasaporte, etc.)
3. **Comprobante de domicilio**  
(Proporcionar una de las siguientes solamente si su identificación con foto no muestra su dirección actual)
  - Hipoteca o declaración mensual de la hipoteca
  - Copia de su actual contrato de arrendamiento - O – si usted no tiene un contrato de arrendamiento proporcionar una carta notariada del propietario que acredite su dirección y renta mensual
  - 2 piezas de correo oficial (de banco, compañía de servicios públicos, agencia del gobierno, etc.)
  - Si usted no tiene hogar, habla con un miembro de la clínica.
4. **Prueba de ingresos**  
(Proporcionar todos los documentos solicitados si les aplican)
  - Si usted recibe servicios sociales necesita traer cartas de aprobación actuales (Bienestar, estampillas, Medicaid para sus hijos, etc.)
  - Declaración de impuestos del año más reciente (de negocios, y personales) de todos los miembros adultos de su casa.
  - presentar una carta **notariada** indicando que no hizo los impuestos y no son reclamados como dependiente de alguien.
  - Si está reclamado como dependiente, necesita traer la copia de la declaración de impuestos de la persona que te reclama.
  - Sus último 4 talones de pago de todos los empleadores.
  - Si le pagan en efectivo, presentar una carta **notariada** de su empleador indicando los ingresos brutos pagados por semana o por mes y los servicios por los cuales te pagan.

**Después de la revisión de su aplicación, es posible que podremos necesitar documentos adicionales.**

## 2016 Criterios de Elegibilidad de Ingresos Brutos

Los pacientes pueden compensar a los niveles de ingresos por debajo de ser aceptado como un paciente GHC . SSI no está incluido .

Tamaño de la Familia	Ingreso Mensual
1	\$ 2,010
2	\$ 2,707
3	\$ 3,403
4	\$ 4,100
5	\$ 4,797
6	\$ 5,493
7	\$ 6,190
8	\$ 6,887
9	\$ 7,583
10	\$ 8,280
For each additional person add	\$ 697

**Si tiene preguntas, póngase en contacto con unos de los empleados de The Good Health Clinic. Las solicitudes podrán presentarse por correo electrónico, fax o personalmente en The Good Health Clinic.**

91555 Overseas Hwy, Suite 2, Tavernier, FL 33070

Tel: (305) 853-1788

Fax: (305) 853-1789

[info@thegoodhealthclinic.org](mailto:info@thegoodhealthclinic.org)

Lunes – Viernes 9:00 am - 4:30 pm

Cerrado durante el almuerzo 12:30 pm - 1:30 pm



**APLICACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (MI)

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_

Has sido paciente de la clínica antes? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si ha sido paciente cual es la fecha de su última aplicación: \_\_\_\_\_ Necesita un intérprete? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Cómo se enteró de la clínica?

El Periódico Un paciente de la clínica Un empleado de la clínica

El hospital de Mariners Empleador o Compañero de trabajo Otro: \_\_\_\_\_

---

**Por favor liste todas las direcciones en los últimos 6 meses.**

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo has vivido aquí? \_\_\_\_\_ (si menos de 6 meses, por favor proporcionan la dirección anterior)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo viviste en esta dirección? \_\_\_\_\_

**Número De Teléfono:** \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_  
(Nos gustaría mantenerlo conectado enviando el boletín de The Good Health Clinic.)

---

**Contacto De Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número De Teléfono: \_\_\_\_\_

Está usted buscando atención médica como consecuencia de un accidente? Si No

En caso que si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Tiene usted un abogado relacionado con un accidente? SI NO

---

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Empleadores ACTUALES:**

Empleador #1: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono de empleador: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

Empleador #2: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono de empleador: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_



**OTROS INGRESOS:**

Pensión	\$ _____	Certificados de depósito	\$ _____
Pensión de veterano	\$ _____	Asistencia a hijos dependientes	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	Asistencia por edad avanzada	\$ _____
Seguro Social-Discapacitado	\$ _____	Asistencia al ciego	\$ _____
Entradas Suplementarias	\$ _____		
Asistencia al discapacitado	\$ _____	Asistencia por divorcio	\$ _____
Asistencia de desempleo	\$ _____	Asistencia por hijo	\$ _____
		Otros (Especificar):	
Alquiler (ingreso)	\$ _____	_____	\$ _____
Ingresos de intereses	\$ _____		
Ingresos de intereses	\$ _____		
Acciones/Letras de cambio	\$ _____		
Dividendos	\$ _____		
			<b>Total: \$ _____</b>

**GASTOS MENSUALES:**

Hipoteca/Alquiler	\$ _____	Primas Medicas	\$ _____
Teléfono	\$ _____	Medicaciones	\$ _____
Electricidad	\$ _____	Gastos Varios	
Agua	\$ _____	a. _____	\$ _____
Pagos De Carro	\$ _____	b. _____	\$ _____
Seguro De Carro	\$ _____		

**ENUMERE CUALQUIER OTRA DEUDA PENDIENTE:**

	Saldo adeudado	Pago mensual
1.	\$ _____	\$ _____
2.	\$ _____	\$ _____
3.	\$ _____	\$ _____

**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE DE VERACIDAD Y COMPRENSIÓN**

Al firmar el solicitante atestigua toda la información presentada en la solicitud y apoyando materiales proporcionados son verdaderos y exactos. El solicitante acepta que en caso de cualquier omisión de material, contienen errores o tergiversación se identifica con respecto a este recurso, el demandante será responsable de todos los gastos relacionados con los servicios prestados por la Clínica "The Good Health Clinic" y sus filiales durante la duración de esta aplicación se considera activo . El solicitante también será responsable de los honorarios de abogados y gastos realizados por la Clínica "The Good Health Clinic" en la aplicación de este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
**Firma Del Solicitante** **Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo** **Fecha**

**(Testigo tiene que ver cuándo este firmado la aplicación)**



## VOLUNTEER HEALTH CARE PROVIDER PROGRAM ELIGIBILITY FORM

### CLINIC/PROGRAM/PROVIDER:

**Section 1**

Does the client/patient have insurance that covers the health or dental condition? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Does anyone in the client/patient's family have an active FL Medicaid card? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Name of the card holder and Medicaid No. \_\_\_\_\_

 Client/Patient/Head of Household's Name: \_\_\_\_\_  
(LAST NAME) (FIRST NAME) (MIDDLE INITIAL)

 Address: \_\_\_\_\_  
(STREET) (CITY/STATE) (ZIP CODE)

Telephone or Contact Number: \_\_\_\_\_ Name of Contact: \_\_\_\_\_

**Section 2**

Family Size: Adults \_\_\_\_\_ Under 18 \_\_\_\_\_ 18-21--Student \_\_\_\_\_ Unborn \_\_\_\_\_ Family Size TOTAL \_\_\_\_\_

FAMILY MEMBERS NAME (First and Last)	DOB	EMPLOYER	GROSS EARNED INCOME LAST 4 WKS	GROSS UNEARNED INCOME LAST 4 WKS (Do not include TCA or SSI)
SELF			\$	\$
SPOUSE/PARTNER			\$	\$
CHILD			\$	\$
CHILD			\$	\$
CHILD			\$	\$
CHILD			\$	\$
<b>TOTALS</b>			\$	\$
Add earned and unearned income to determine total				<b>TOTAL INCOME</b> \$ _____

**Section 3 BUDGET COMPUTATION (To be completed if family income is above federal poverty level.)**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| Step 1. "TOTAL FAMILY INCOME" for family unit (Earned and unearned income).   | (1) \$ _____ (Above)  |
| Step 2. Subtract \$90 for <u>EACH</u> employed member of the family unit.   | (2) \$ _____ (Minus)  |
|   | (2a) \$ _____ (Total) |
| Step 3. Subtract childcare <u>PAID</u> each month (up to \$175 per child age 2 and older; up to \$200 per child under age 2). | (3) \$ _____ (Minus)  |
|   | (3a) \$ _____ (Total) |
| Step 4. Subtract up to \$50 per month of total child support received.  | (4) \$ _____ (Minus)  |
| Step 5. <b>TOTAL NET INCOME</b>   | (5) \$ _____ (Total)  |

**Section 4 USE CURRENT YEAR FEDERAL POVERTY GUIDELINES FOR INCOME DETERMINATION**

I certify by my signature that, to the best of my knowledge, the above information is a true and complete statement of my financial situation. I understand that the information I have given is subject to verification by the Department of Health. I acknowledge I am responsible to inform the Department of Health of any change in my financial or health insurance status prior to my next visit. I acknowledge receipt of the Department of Health's Notice of Privacy Practices.

 \_\_\_\_\_  
 SIGNATURE OF CLIENT/PATIENT/PARENT OR GUARDIAN  
 AND DATE

 \_\_\_\_\_  
 PRINT NAME OF DEPARTMENT OF HEALTH VOLUNTEER  
 OR EMPLOYEE

(VALID FOR ONE YEAR) Expiration date: \_\_\_\_\_