

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 medico 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.

2019 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	\$ 2,147
2	\$ 2,903
3	\$ 3,660
4	\$ 4,417
5	\$ 5,173
6	\$ 5,930
7	\$ 6,687
8	\$ 7,443
9	\$ 8,200
10	\$ 8,957
For each additional person add	\$ 757

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

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	\$ _____		
			Total: \$ _____

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: Good Health Clinic

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			\$	\$
TOTALS			\$	\$
Add earned and unearned income to determine total				TOTAL INCOME \$ _____

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 EACH employed member of the family unit. (2) \$ _____ (Minus)

(2a) \$ _____ (Total)

Step 3. Subtract childcare PAID 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. TOTAL NET INCOME (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: _____