

## **REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD**

- Ser residentes de los cayos
- Sin seguro medico de cualquier tipo
- Cumplir con las restricciones de ingresos

La elegibilidad no es influenciada por la raza, la orientacion sexual, la propiedad de la Vivienda, el estado civil , el estado de ciudadanía o la imposibilidad de proporcionar la nomina o la documentacion del IRS.

### 2024 Máximo de ingresos del paciente

Tamaño de la Familia	Ingreso Mensual
1	\$ 3,765
2	\$ 5,110
3	\$ 6,455
4	\$ 7,800
5	\$ 9,145
Por cada persona adicional agregue \$ 1,345	

## **PARA APLICAR**

Presente la aplicacion y documentos por correo electronico, fax, o en persona en cualquiera de las oficinas. Después de la revisión de su aplicación, es posible que podremos necesitar documentos adicionales.. Por favor, comuníquese si tiene preguntas o si necesita ayuda para presentar la solicitud.

Numero de Telefono: (305) 853-1788

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

Fax: (305) 853-1789

[www.thegoodhealthclinic.org](http://www.thegoodhealthclinic.org)

**Oficina de TAVERNIER:** 91555 Overseas Hwy, Suite 2, Tavernier, FL 33070

**Oficina de MARATHON:** Gulfside Village Plaza, 5800 Overseas Hwy, Suite 36, Marathon, FL 33050

## **DOCUMENTOS NECESARIOS**

### La aplicación completa

Una solicitud separada para cada miembro del hogar que busca servicios.

### Identificación con foto

Licencia de conducir, identificación del estado, pasaporte, etc.

No tienes ID? Completa la aplicacion y dejale saber a un personal de la clinica.

### Comprobante de domicilio (proporcionar **UNO** de los siguientes)

- Licencia de conducir o un ID del estado con direccion de los cayos
- Escritura, declaracion de domicilio, contrato de arrendamiento actual(lease), carta notariada del propietario indicando domicilio.
- 2 piezas de correo oficial (de banco, compañía de servicios públicos, agencia del gobierno, etc.)
- No tienes domicilio permanente? Completa la aplicacion y dejale saber a un personal de la clinica .

### Prueba de ingresos (Proporcione **TODO** lo siguiente para **TODOS** los miembros adultos de su hogar)

- Declaración de impuestos recientes
- Recibos de pago del mes más reciente de todos los empleadores.
- Documentacion/prueba, si recibes asistencia de seguridad social o otros ingresos del gobierno.

NOTA: Si no present impuestos, y si te pagan en efectivo, aun asi puede presentar su solicitud y le recomendamos presente su solicitud. El personal de Good Health Clinic le ayudara a completar esta parte de la documentacion.

## APLICACIÓN DEL PACIENTE

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

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

Fecha De Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sex: M / F Social Security #: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo has vivido aquí? \_\_\_\_\_

No tengo una dirección permanente actualmente

### Arreglo de Vivienda actual:

Yo (  RENTO /  SOY DUENO ) mi casa, apartamento, or cuarto.

Vivo en un barco que (  SI /  NO ) conectado a los servicios públicos.

Vivo / me quedo con un amigo / familia sin pagar alquiler

### Cómo se enteró de la clínica?

- Soy un paciente existente/anterior
- Amigo / familia / compañero de trabajo
- Internet/sitio web
- Anuncio en el periódico

- Un empleado de la clínica: \_\_\_\_\_
- El hospital: \_\_\_\_\_
- oficina de doctor: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

Está usted buscando atención médica como consecuencia de un accidente?  SI  NO

Tiene usted un abogado relacionado con un accidente?  SI  NO

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

Ocupación actual, habitual o anterior: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo: :

- Empleado, tiempo completo
- Por cuenta ajena, a tiempo parcial o por temporada
- Desempleados, menos de 1 ano
- Desempleados, mas de un ano
- Retirado
- Estudiante Empleadores actuales: :

Empleador #1: \_\_\_\_\_

Empleador #2: \_\_\_\_\_

trabajo por mi mismo

### Contacto De Emergencia:

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

Idioma Principal? \_\_\_\_\_

Necesita un Intérprete?  SI  No

Mi transportacion regular es:  Mi propio auto  Un auto prestado  transporte de familia o amigos  
 una bicicleta  camino  transporte publico

**INGRESOS MENSUALES:**

Salarios familiares totales \$ \_\_\_\_\_  
 Otro ingresos:  
 Ingresos por alquiler \$ \_\_\_\_\_  
 Inversiones \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro Social (SSI or SSDI) \$ \_\_\_\_\_  
 Fondos de pensiones/jubilaciones \$ \_\_\_\_\_  
 Compensacion de trabajadores \$ \_\_\_\_\_  
 Asistencia al discapacitado \$ \_\_\_\_\_  
 Asistencia por divorcio \$ \_\_\_\_\_  
 Asistencia por hijo \$ \_\_\_\_\_  
 Otros (Especificar):  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Ingresos mensuales totales \$ \_\_\_\_\_

**GASTOS MENSUALES:**

Alquiler/Vivienda \$ \_\_\_\_\_  
 Telefono / Internet \$ \_\_\_\_\_  
 Electricidad \$ \_\_\_\_\_  
 Agua \$ \_\_\_\_\_  
 Parros De Carro \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro De Carro \$ \_\_\_\_\_  
 Pagos de tarjeta de credito \$ \_\_\_\_\_  
 Otro pagos de prestamos \$ \_\_\_\_\_  
 Gastos Varios (Especificar)  
 a. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 b. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 c. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Gastos mensuales totales: \$ \_\_\_\_\_

¿Eres un veterano?  SI  NO

**Ethnicity/Race**

Blanco  
 Hispano/Latino  
 Afroamericano  
 Asian  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Mayor Nivel de Educación:**

No se graduó de la escuela secundaria  
 Escuela Secundaria/GED  
 Un poco de universidad Completado  
 Completo la universidad  
 Certificado de una escuela de especializaciones  
 Maestría o Doctorado

**Estado Civil:**

Soltero  
 Casado  
 Pareja de hecho  
 Apartado  
 Divorciado  
 Vdo

**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: \_\_\_\_\_



**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			\$	\$
<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 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: \_\_\_\_\_