

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.

2026 Máximo de ingresos del paciente

Tamaño de la Familia	Ingreso Mensual
1	\$ 3,990
2	\$ 5,410
3	\$ 6,830
4	\$ 8,250
5	\$ 9,670
Por cada persona adicional agregue \$ 1,420	

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

Fax: (305) 853-1789

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			\$	\$
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: _____