

INGRESO A PROJECT ACCESS CONDADO DE MULTNOMAH / FORMULARIO DE REINGRESO

Hola y bienvenido al proceso de ingreso de Project Access del Condado de Multnomah.

PARA CALIFICAR USTED DEBE:

- Estar recomendado por un doctor u hospital
- No contar con seguro médico
- Estar a ó por debajo de 200% del nivel de pobreza Federal (*ingreso familiar*)
- Ser residente del condado de Multnomah, Clackamas ó Washington (**No necesita ser residente legal de los Estado Unidos**)

LISTADO DE SELECCION PARA APLICACION COMPLETA:

- Hoja 2** – Listado de Elegibilidad
- Hoja 3** – Información de Ingreso
- Hoja 4** – Contrato del Paciente – Derechos y Responsabilidades

ADEMAS INCLUYA COPIAS DE:

- Identificación con Fotografía** – Por ejemplo (**1 de los siguientes**):
 - Licencia de conducir del Estado
 - Tarjeta de identificación Federal/ Estatal
 - Tarjeta de trabajo
 - Pasaporte
 - Carné Escolar
- Dirección Actual** – Por ejemplo (**1 de los siguientes**):
 - identificación (dirección actual)
 - factura de servicios actual
 - contrato de alquiler
 - talón de cheque de pago
 - carta del DHS ó SSI
 - pago de alquiler/recibo
 - vivienda temporal, por favor provea una carta del refugio/misión o de la persona con la cual se encuentra viviendo que certifique su situación
 - sin vivienda/por favor provea una carta de su doctor de cuidado primario
- Comprobante de ingreso familiar** – Por ejemplo (**1 de los siguientes**):
 - A.** Una carta de beneficios o comprobante de que usted ha calificado para uno de los siguientes programas en los últimos **6 meses**:
 - cartilla de alimentos,
 - WIC
 - lotería OHP y/o rechazo
 - tiene un niño en OHP
 - ó
 - B.** Una carta de aprobación de cuidado de un hospital en concepto de caridad que ha recibido en los últimos **6 meses**
 - ó
 - C.** Comprobante de **3 meses** de su ingreso económico y de cualquier otra persona que viva con usted y con la cual comparte gastos
Ejemplos:
 - talones de cheque o deposito directo de 3 meses
 - carta de su jefe con su pago nominal y horario
 - carta de desempleo ó beneficios del SSI ó información de deposito directo
 - declaración de impuesto de años anteriores
 - carta del refugio/misión
 - ó
 - D.** Si no puede proveer **A, B ó C** por favor llene y firme: **Anexo A – FORMULARIO DE CERO INGRESOS.**

ENTREGA DE DOCUMENTACION

Entregue ó envíe su **Aplicación y copias**

a:

Lugar:

Coordinador de Referencias:

Clinica local:

!Por favor, asegúrese de firmar y fechar todo!

INGRESO A PROJECT ACCESS CONDADO DE MULTNOMAH / FORMULARIO DE REINGRESO

HOJA 2- LISTADO DE ELEBLIDAD			
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO APELLIDO	CLINICA LOCAL:

Marque TODAS LAS CASILLAS aplicables

No estoy asegurado, (Por medio de empleador o cuenta propia) no tengo Medicaid/OHP, Medicare, US Military, COBRA ó SSDI. Estoy desempleado y *no soy elegible para cobertura por medio de mi pareja, padre ó por la escuela.*

Me encuentro a ó por debajo de 200% del Nivel de Pobreza Federal 2009:

Composición familiar	Ingreso bruto mensual	Composición Familiar	Ingreso bruto mensual
1 persona	\$1,809	5 personas	\$4,309
2 personas	\$2,434	6 personas	\$4,933
3 personas	\$3,059	7 personas	\$5,558
4 personas	\$3,684	8 personas	\$6,183

No necesito ver a un especialista por accidente/enfermedad derivada de un Accidente de Vehículo Motorizado (MVA), trabajo (Compensación del Trabajador), o demandas pendientes (por caídas).

No me encuentro en estado de embarazo.

No he sido diagnosticado con Etapa Final de Insuficiencia Renal (ESRD), ó tenido un trasplante de riñón.

No he sido diagnosticado con Etapa Final Hepática (ESLD), ó he tenido un trasplante de hígado.

No es de mi conocimiento que pueda tener cáncer de seno o cervical (podría ser elegible para el Programa de cáncer Cervical y del Seno de Oregon).

LISTADO COMPLEMENTARIO

Medicaid/ OHP:

Apliqué Fecha: _____

Rechazado Fecha: _____ Motivo: _____

Perdida de Cobertura Fecha: _____ Motivo: _____

Discapacidad:

Apliqué Fecha: _____

Rechazado Fecha: _____ Motivo: _____

COBRA:

Elegible Fecha: _____ Monto de cobertura: \$

Project Access no provee servicios médicos. Nosotros brindamos referencias médicas de voluntarios proveedores, por lo tanto estas referencias son limitadas en la disponibilidad de los voluntarios de cualquier especialización ó del área geográfica en que se encuentren. Project Access no garantiza este servicio.

INGRESO A PROJECT ACCESS CONDADO DE MULTNOMAH / FORMULARIO DE REINGRESO

HOJA 3 – INFORMACION DE INGRESO				
APELLIDO INICIAL SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION		CIUDAD CODIGO POSTAL	ESTADO	TELEFONO DE CASA
DIRECCION DE CORREO (si es diferente a la anterior)		CIUDAD CODIGO POSTAL	ESTADO	TELEFONO DE CASA
GENERO M F Transgénero	RAZA/ETNIA (opcional)	Lenguaje Preferido para Comunicarse:	Necesita interprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	TELEFONO CELULAR Ó PARA MENSAJES
Numero familiar:	LICENCIA/IDENTIFICACION DE ESTADO #:	EMPLEO DEL APLICANTE:		CLINICA LOCAL
	Estado:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Trabajo de temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Otro:	Numero de PAMC (si ha participado)

INFORMACION FAMILIAR Y DE EMPLEO			
<p>Por favor incluya el ingreso económico de todos los que viven en su casa. Ingreso bruto (antes de impuestos) salario, ingreso por cuidado de niños, pensión alimenticia, ingreso por renta, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, asistencia publica/gubernamental.</p>			
Nombre	Parentesco con el Paciente	Nombre del Empleador/Fuente de Ingreso	Ingreso bruto mensual
1.			\$
2.			\$
3.			\$
4.			\$
5.			\$
6.			\$

INGRESOS Y AYUDA DE GASTOS ADICIONALES		
Marque las casillas aplicables:		
<input type="checkbox"/> Cartilla de Alimentos	<input type="checkbox"/> Beneficios VA	<input type="checkbox"/> Lotería
<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Herencia	<input type="checkbox"/> Prestamos pequeños de familia/amigos
<input type="checkbox"/> Pago del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Acuerdo Legal	<input type="checkbox"/> Refugio y Servicios Sociales
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Pensión por divorcio	<input type="checkbox"/> Sin ingreso (debe llenar Anexo A)
	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Otro:
INFORMACION DE BIENES (LLENE SOLAMENTE SI LOS BIENES SUPERAN LOS \$75,000)		
<input type="checkbox"/> Bienes Raíces, que no sea su hogar principal \$ _____	<input type="checkbox"/> Acciones/Bonos/Certificados de Deposito, etc. \$ _____	
<input type="checkbox"/> Vehículos, que no sean de uso personal \$ _____	<input type="checkbox"/> Otros bienes: _____ \$ _____	

Aseguro que mi información es verídica y completa tanto como la declaración de ingresos y dirección(es). Declaro de buena fe que la información anterior es verdadera y que no pretendo cometer fraude. Entiendo que acciones adecuadas serán tomadas en mi contra al no poder comprobarse la información anterior presentada; incluyendo factura por los servicios recibidos. Acuerdo que se realice una investigación sobre mi historial crediticio para confirmar mi información.

 Firma: _____ Fecha: _____

HOJA 4 – CONTRATO DEL PACIENTE – DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Derechos del paciente

1. Tengo el derecho de privacidad. Mi privacidad será protegida según lo indica el Informe de Practicas Medicas Privadas, las cuales he recibido, junto con el paquete de orientación.
(<http://www.projectaccessnow.org/viewattachment.php?id=393>)
2. Tengo el derecho a recibir toda información de manera clara y entendible sobre mi cuidado médico.
3. Tengo el derecho de preguntar sobre inquietudes relacionadas con mi salud
4. Tengo el derecho a discutir mis creencias personales y culturales con mí Proveedor al momento de tomar decisiones con relación a mi cuidado médico.
5. Tengo el derecho a recibir un trato respetuoso y seguro de mí Proveedor, clínica y personal de Project Access.
6. Tengo el derecho a discutir inquietudes sobre mi tratamiento en forma respetuosa y segura sobre otros asuntos con el programa **Project Access, 503-517-2005**.

Responsabilidades del Paciente

1. Llamare a mi **Coordinador de Referencias** de mi **Clínica local** para confirmar todas mis citas programadas, con 3 días de anticipación. Si no confirmo mi cita, entiendo que será cancelada.
2. Después de cada cita, llamare a mi **Coordinador de Referencias** de mi **Clínica Local** para discutir mi caso y los pasos a tomar.
3. Me presentare 15 minutos antes de cada cita.
4. Si olvido presentarme a mi cita después de haberla confirmado, entiendo que seré removido de Project Access al menos por seis meses.
5. Seguiré las indicaciones médicas, consejos y colaboraré con mi Proveedor y los Coordinadores.
6. Llevaré mi tarjeta de Project Access a cada cita.
7. Todas mis inquietudes no médicas las dirigiré a Project Access, y NO a la oficina del Proveedor voluntario.
8. Proveeré información exacta e informaré a Project Access sobre cualquier cambio en mi información, tales como condición de vivienda, número telefónico, situación de empleo, etc.
9. Si no hay servicios de traducción disponibles, llevaré a un hablante de Ingles (mayor de 18 años) a mi cita.
10. Entiendo que mis proveedores son voluntarios que no reciben pago alguno por sus servicios, y que no es un servicio del Gobierno o seguro. Si recibiera una factura por servicios no incluida en Project Access, llamare a la oficina al **503 – 517 – 2005**, para que me asistan en obtener un descuento total por dicho cargo.

Como paciente de Project Access, entiendo que recibo servicios gratis de voluntarios. Acuerdo seguir estas responsabilidades detalladas anteriormente. Entiendo que Project Access no es un seguro y por lo tanto los servicios no están garantizados.



Firma: _____

Fecha: _____



Por favor, asegúrese que todas las hojas esta completas, firmadas y fechadas

Envíe su Aplicación y copias a:

Lugar:

Coordinador de Referencias

Clinica Local