



125 Russell Parkway
Warner Robins, GA 31088

Phone: 478-923-9730
Fax: 478-923-5515

NOMBRE APLICANTE: _____ **FECHA:** _____

Pautas de elegibilidad:

- Debe tener entre 18 y 64 años de edad y proporcionar una licencia de conducir / identificación con foto con fecha de nacimiento Y tarjeta de seguridad social
- Usted o su cónyuge deben estar empleados y presentar comprobante de empleo (declaración de impuestos a la renta 1040 actual y recibos de pago de un mes y cualquier otro ingreso recibido) (si trabajan por cuenta propia, deben proporcionar los formularios W-2 y 1099 actuales)
- Debe vivir en el condado de Houston y proporcionar comprobante de residencia
- No debe tener seguro, lo que significa que no está cubierto por un seguro de salud (privado o pagado por el empleador) o Medicare o Medicaid y debe presentar una prueba (carta de su empleador y carta del empleador del cónyuge, si corresponde).
- El ingreso bruto de su familia debe ser menos del 200% del Nivel Federal de Pobreza 2025. Familia significa que la persona, su cónyuge legal, el otro padre de sus hijos y todos sus hijos menores de 18 años viven juntos. Una persona que vive temporalmente lejos de su familia debido a un trabajo, escuela, hospitalización o circunstancias similares se considera un miembro de la familia.

POR FAVOR CIRCULAR EL TAMAÑO DEL HOGAR CORRESPONDIENTE

<u>Tamaño del hogar</u>	<u>Límite anual de ingresos</u>	<u>Límite de ingreso mensual</u>
1	\$31,296	\$2,608
2	\$42,300	\$3,525
3	\$53,304	\$4,442
4	\$64,296	\$5,358
5	\$75,300	\$6,275
6	\$86,304	\$7,192
7	\$97,296	\$8,108
8	\$108,300	\$9,025

Para familias con más de 8 personas, agregue \$917 al ingreso anual por cada persona adicional.

Los pacientes deben someterse a un examen de elegibilidad antes de recibir una cita para ver a un médico. TODOS los siguientes documentos deben ser proporcionados:

- _____ Identificación con foto
- _____ Tarjeta de seguro Social
- _____ Carta de su empleador que indica que usted está empleado y no tiene seguro de salud
- _____ Carta del empleador de su cónyuge indicando que no está cubierto por su seguro
- _____ Si trabaja por cuenta propia, brinde la mayoría de los formularios W-2 y 1099 actuales
- _____ Regreso de impuestos del año actual 1040 para usted y su cónyuge
- _____ Un mes de talones de pago actuales y cualquier otro ingreso recibido
- _____ Factura de utilidad con su nombre y dirección que muestre comprobante de residencia en el condado de Houston



Carta de Verificación del Empleador

Esta carta es para verificar que _____ es empleado

Medio tiempo/tiempo completo (circule cuál se aplica) por

(nombre de la empresa / empleador) y no está recibiendo seguro de salud médico para los

Motivo (s) siguiente (marque todo lo que corresponda):

☐ No se ofrece seguro médico.

☐ El empleado no califica

Negocio / Empleador (impreso): _____

Nombre del supervisor (impresión): _____

Firma de supervisor: _____

Número de teléfono: _____

Fecha: _____



Carta de Verificación del Empleado Cónyuge

Esta carta es para verificar que _____'s conyuge

_____ (nombre de empleado) es empleado a tiempo parcial o completo (circule cual se aplica)

por _____ (nombre de la empresa) y ninguno de los dos está recibiendo seguro de salud médico para los

Motivo (s) siguiente (marque todo lo que corresponda):

☐ No se ofrece seguro médico.

☐ El empleado no califica

Negocio / Empleador (impreso): _____

Nombre del supervisor (impresión): _____

Firma de supervisor: _____

Número de teléfono: _____

Fecha: _____



125 Russell Parkway
Warner Robins, GA 31088

Phone: 478-923-9730
Fax: 478-923-5515

Responsabilidades del paciente

- Proporcione toda la documentación de elegibilidad al momento de la solicitud. No podemos inscribirlo ni programar una cita con el médico hasta que se reciban todos los documentos.
- Sea cortés con todo nuestro personal y proveedores de atención médica voluntarios. La mayoría de las personas dona su tiempo y servicios para marcar una diferencia en su salud y bienestar. No puede solicitar un médico clínico en particular a menos que su diagnóstico o enfermedad lo justifique. Los horarios de nuestros médicos no son consistentes y varían cada mes.
- Mantenga todas las citas programadas. Si no puede cumplir con su cita programada por algún motivo, debe proporcionar un aviso de 24 horas al cancelar o reprogramar. **Dos ausencias / citas perdidas** pueden justificar el alta de nuestros servicios.
- Cada año debe completar un paquete de recertificación y proporcionarnos la documentación de elegibilidad actualizada. **La fecha límite de recertificación es el 30 de abril de cada año para continuar los servicios, incluidos los reabastecimientos de recetas.**
- Comprométase a cumplir con las metas y objetivos de salud establecidos en su plan de tratamiento. Discutiremos esto con usted y nuestro deseo es que usted esté lo más saludable posible y disfrute de la vida. No dude en hablar con nosotros si tiene dificultades para cumplir sus objetivos.
- **Proporcione y mantenga un número de teléfono activo en el archivo en todo momento que acepte mensajes si no está disponible.**
- Solicite renovaciones / renovaciones de recetas durante sus visitas al médico. Usted es responsable de saber cuándo se deben hacer los resurtidos.
- Nuestros médicos pueden necesitar derivarlo a un especialista para una prueba, procedimiento o cirugía que no podemos realizar en nuestra clínica. Por ejemplo, ortopedia, cirujanos, oftalmólogos, dentista, etc. Será responsable de todos los cargos.
- **Usted será financieramente responsable de los siguientes servicios:**
 - ✓ Servicios de sala de emergencia
 - ✓ Recetas surtidas en farmacias locales
 - ✓ Citas médicas privadas
 - ✓ Laboratorios o procedimientos en cualquier hospital que no sea Houston Medical o Perry Hospital. Debe obtener una referencia de la Houston County Volunteer Medical Clínica para evitar cargos.

Certifico que la información que he proporcionado para la elegibilidad es completa, verdadera y correcta. He leído lo anterior y estoy de acuerdo con mis responsabilidades como paciente. Si elijo no cumplir con estas responsabilidades, entiendo que seré dado de baja de la Houston County Volunteer Medical Clinic y que no puedo recibir más atención.

Signature

Date:



125 Russell Parkway
Warner Robins, GA 31088

Phone: 478-923-9730
Fax: 478-923-5515

Autorización de divulgación de información

******* Firma solo en la parte inferior de la página *******

Autorizo a la Houston County Volunteer Medical Clinic (HCVMC) a divulgar o divulgar a:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Complete la siguiente sección para solicitar que se envíe información de un médico, hospital o clínica a la Houston County Volunteer Medical Clinic.

Por la presente autorizo:

Nombre: _____
Dirección: _____
Cuidad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Para divulgar o divulgar toda la información médica a la Houston County Volunteer Medical Clinic.

Todos los registros médicos u otra información relacionada con mi tratamiento, hospitalización y / o cuidado del paciente, incluyendo impedimentos psiquiátricos, abuso de drogas, alcoholismo, anemia de células falciformes, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), resultados de exámenes para VIH y / o enfermedades de transmisión sexual.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que se retire. Además, entiendo que a menos que esté limitado por la regulación estatal o federal, y salvo en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en mi consentimiento, puedo retirar este consentimiento en cualquier momento. También entiendo que, si decido revocar mi consentimiento para obtener o divulgar información, HCVMC puede excluirme de la elegibilidad de participación si la falta de información dificulta la capacidad de los profesionales de la salud para tratar con éxito mi (s) estado (s) de salud. Además, entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización a pedido. Esta agencia, sus empleados, voluntarios y todos sus afiliados, incluidos todos los médicos y hospitales, quedarán liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de información en la medida indicada y autorizada.

Signature

Date:



125 Russell Parkway
Warner Robins, GA 31088

Phone: 478-923-9730
Fax: 478-923-5515

Aviso al solicitante

Como solicitante y participante potencial en la Houston County Volunteer Medical Clinic (HCVMC), debe leer y firmar la Certificación, la Autorización de Liberación de Información y el Acuerdo de Participación antes de poder recibir los servicios de HCVMC. Si hay alguna parte de la información que no comprende, solicite una explicación al inspector del HCVMC.

Certificación

Certifico que la información provista en esta aplicación es precisa y verdadera según el mejor conocimiento. Entiendo que si proporciono información falsa o engañosa, se me prohibirá la participación. Entiendo que incluso si mi solicitud es aprobada, no se puede garantizar la provisión de servicios. Al firmar este formulario, libero a la Houston County Volunteer Medical Clinic (HCVMC) de responsabilidad en virtud de cualquier servicio que reciba de HCVMC.

Autorización para divulgar información

Doy mi consentimiento para los departamentos necesarios para asesorar a HCVMC sobre el estado de cualquier aplicación pendiente de Medicaid, atención clínica, GPCF o HCCG para mí y / o mi familia. HCVMC tiene la autoridad para tomar decisiones finales para todas las aplicaciones.

Acuerdo del participante

Yo entiendo que:

- Debo solicitar todos los programas disponibles (Medicaid, Medicare, etc.) como condición para recibir los servicios de HCVMC.
- Mi ingreso familiar total no puede exceder el 200% de la línea de pobreza federal.
- Debo mantener una residencia en el condado de Houston.
- No puedo tener seguro de ningún tipo.
- Debo dar mi consentimiento para que HCVMC obtenga la documentación necesaria para que mi familia y yo cumplamos con los requisitos de elegibilidad de HCVMC.
- Debo cooperar con las responsabilidades y requisitos del paciente de HCVMC.

Reconozco que he leído y entiendo la información que se me proporciona.

Signature

Date:

Houston County Volanteer Medical Clinic
Información del paciente (Imprima con claridad)

Fecha: _____

Nombre legal del paciente:	No. Seguridad Social:	fecha de nacimiento:	Edad:	Raza:
Etnicidad: o Non-Hispano o Hispano ir Latino o Otro: _____				
Idioma preferido:	Dirección de correo electrónico:			
Dirección del domicilio del paciente: Calle:		Ciudad:	Estado:	Zip:
Número de teléfono primario:	Segundo número de teléfono:	Número Celular:		
Estado de matrimonio: o Solo o Maride o Separado o Divorciado o Viudado		Nivel escolar / nivel de educación terminado?		
Estado de Empleo o Tiempo complete o A tiempo parcial o Recabado o Servicio Militar Activo		Ocupación / Título	¿Cuánto tiempo empleado?	
Si está empleado, ¿trabaja? o Días o Noches o Noches	¿Podríamos contactarte en tu trabajo? o Sí o No		¿Es el mejor momento para contactarte?	
Nombre y dirección del empleador: Calle:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
¿Alguna vez has sido paciente aquí antes? Si es así, ¿cuál era su nombre?				

Información del cónyuge

Nombre legal del cónyuge:	No. Seguridad Social:	Fecha de nacimiento:	Raza:
Número de teléfono primario:	Segundo número de teléfono:	Número Celular:	
Nombre y dirección del empleador: Calle:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Estado de Empleo o Tiempo complete o A tiempo parcial o Recabado o Servicio Militar Activo		Ocupación / Título	¿Cuánto tiempo empleado?

Se requiere contacto de emergencia:

Nombre:	Número de teléfono primario:	Relación con el paciente:
---------	------------------------------	---------------------------



Notice of Privacy Practices

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revísalo cuidadosamente.

La ley federal requiere que Houston County Volunteer Medical Clinic (HCVMC):

- Mantener la privacidad de su información de salud protegida;
- Proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad;
- Cumplir con los términos de este Aviso; y
- Cambie el Aviso solo como dice que lo hará.

Bajo las Regulaciones de Privacidad Federal usted tiene los siguientes derechos:

- Derecho a recibir una copia de este aviso.
- Derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones, aunque HCVMC no está obligado a aceptar tales restricciones. Si HCVMC está dispuesto a aceptar tales restricciones, se proporcionará una declaración adicional sobre su deber de respetar tales restricciones y el proceso para rescindir la restricción.
- Derecho a recibir comunicación confidencial de HCVMC
- Derecho a inspeccionar y copiar su propia información de salud protegida
- Derecho a recibir un informe de divulgación de Información de salud protegida
- Derecho a revisar este Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar cualquier consentimiento
- Derecho a autorizar usos y divulgación de información para todos los demás fines, sujeto a las excepciones creadas por las Normas de Privacidad HIPAA.
- Derecho a apelar las denegaciones de acceso a su propia información a HCVMC, excepto en ciertas circunstancias
- Derecho a corregir información incorrecta o incompleta. Si la enmienda es denegada, usted tiene un derecho derivado para protestar por la negativa a enmendar, así como para exigir que la protesta se adjunte a toda divulgación futura de la información.
- Derecho a presentar una queja con HCVMC si no cumple con los requisitos de las Normas de privacidad.
- Derecho a optar por no revelar la información a los directorios de las instalaciones (incluida la divulgación al clero) o a los miembros de la familia de otra persona para presentar una queja que pueda ayudar con la atención.
- Derecho a presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Servicios Humanos si cree que se han violado los derechos de privacidad. Debe dirigir la queja a:

Office of Civil Rights: ATTN: Privacy
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, Room 509F
Washington, D.C. 20201
Email address: ocrprivacy@hhs.gov

HCVMC conducts a program in cooperation with certain health care and other entities including Houston Healthcare, and Houston Co. Health Department. HCVMC purpose is to provide health care to the working uninsured who meets the eligibility requirements of the clinic. To perform this function, it is necessary for HCVMC to disclose personal, financial, medical, and utilization information along with other Protected Health information to the above and other entities.

HCVMC may use your Protected Health Information for or incident to your treatment in the health operation of HCVMC. Treatment may include primary care for acute or chronic disease, the ordering of laboratory and/or radiological studies, or subsequent referral to a specialist for specialty care, and in some cases these users will require HCVMC or its affiliates to share information obtained in rendering services to you with one or more of its affiliates. To establish eligibility, HCVMC will ask for documentation of payment information which includes financial and household income information, source of payment, payment plan arrangements and the like and will be transmitted or shared for your treatment and referral. HCVMC does not charge for health care services. Business operations include information about diagnosis, treatment, payment and certain activities, such as utilization quality assurance review. HCVMC might also share your personal health information incident to its tracking of certain physical conditions and illness. Further information on your rights pursuant to this Notice of Privacy Practices can be found at 42 CFR & 164.520 "Notice of Privacy Practices for Protected Health Information."

For more information or to file an internal complaint, contact the NSA director at (205)327-8254. This NPP may be amended by action of the Board of Directors of HCVMC in its discretion as it determines necessary.

Reconozco que he leído y entiendo la información que se me proporcionó.

Firma

Fecha:



Formulario de declaración de ingresos

Nombre de Paciente:	Número de seguridad social:
Número de dependientes legales en el hogar, incluido el cónyuge:	

(Si es
aplicable)

Empleador del paciente:	Empleador del cónyuge:
Dirección del paciente:	Dirección del cónyuge:
Título del trabajo del paciente:	Título del trabajo del cónyuge:
La duración de empleo del paciente:	La duración del empleo del cónyuge:
Teléfono de negocios del paciente:	Teléfono comercial del cónyuge:
Tarifa por hora del paciente:	Tarifa por hora del cónyuge:
Ingreso mensual del paciente bruto:	Ingreso mensual del cónyuge bruto:
Otra fuente de ingresos / cantidad:	Ingreso bruto mensual total de la familia:

¿Ha solicitado Medicaid o cualquier otra Asistencia estatal / del condado? _____ Si _____ No

Firma

Fecha



Formulario de comunicación HIPAA

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Otorgo permiso para que Houston County Volunteer Medical Clinic envíe un correo a la siguiente dirección:

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____

Código postal: _____

Otorgo permiso para que la Houston County Volunteer Medical Clinic se ponga en contacto conmigo a los números / correos electrónicos que aparecen a continuación:

- ☐ Teléfono de casa: _____
- ☐ Teléfono de trabajo: _____
- ☐ Celular: _____
- ☐ Dirección de correo electrónico: _____

¿Con quién tiene permiso la Houston County Volunteer Medical Clinic para hablar con su número (s) de teléfono? Por favor marque todos los que apliquen:

- ☐ Permiso concedido para hablar con cualquier persona que conteste el teléfono.
- ☐ Permiso concedido para hablar solo con el cónyuge -
Nombre: _____
- ☐ Permiso para hablar con: _____
Relación: _____
- ☐ NO se concede permiso para hablar con nadie, excepto yo.

Leaving a message on the phone, please check all that apply:

- ☐ Puede dejar cualquier mensaje
- ☐ Puede identificarse y dejar un número de devolución de llamada
- ☐ NO deje ningún mensaje en mi contestador automático/ correo de voz

Firma del paciente

Fecha



Poder limitado para la asistencia con medicamentos

Autorizo a los empleados de la Houston County Volunteer Medical Clinic una organización sin fines de lucro 501 (c) 3 para actuar en mi nombre y firmar aplicaciones y documentos en mi nombre para la asistencia de medicamentos, y por la presente otorgo a Houston County Volunteer Medical Clinic, Inc. Mi Poder limitado para este propósito y solo para este propósito. Entiendo que puedo revocar este Poder limitado en cualquier momento proporcionando una revocación por escrito a Houston County Volunteer Medical Clinic at 125 Russell Parkway, Warner Robins, GA 31088.

Autorizo a los médicos u otro consultorio médico a analizar y / o divulgar mi información de salud protegida (PHI) a Houston County Volunteer Medical Clinic para facilitar el procesamiento de mi solicitud de asistencia con medicamentos. Entiendo que esta autorización será válida hasta que se reciba una revocación por escrito de esta autorización.

Entiendo y reconozco que cada compañía farmacéutica tiene el derecho exclusivo de decidir si califico o no para su programa de asistencia con recetas médicas, y que el Houston County Volunteer Medical Clinic no garantiza ni garantiza que recibiré los medicamentos que la organización puede solicitar en mi nombre.

Entiendo que el procesamiento de la solicitud puede requerir un período de tiempo de varias semanas. Reconozco que ni Houston County Volunteer Medical Clinic, Inc. ni ningún fabricante farmacéutico ni proveedor afiliado es responsable de ningún efecto adverso a la salud que pueda surgir debido a una decisión de demorar la adquisición y el uso de los medicamentos recetados hasta que se haya procesado mi solicitud de asistencia médica, y además acepto que el Houston County Volunteer Medical Clinic no aconseja tal retraso.

Firma del solicitante que otorga el poder limitado

Fecha

Nombre impreso del solicitante que otorga el poder limitado

Firma del representante para el solicitante (si corresponde)