Solicitud de Asistencia de Salud

¡Gran Noticia!

Carousel ahora es parte de CommUnityCare, un Centro de Salud Calificado Federalmente. Esto significa que podemos ofrecer nuestros pacientes más opciones de atención medica accesible. Especialistas Financieras están disponible para inscribirlos en la Escala Variable de Tarifas, el programa de MAP o MAP Básico. Las Especialistas pueden ayudarlos con sus solicitudes de Medicad o CHIP.

- **Beneficios de inscribirse en la Escala Variable de Tarifas o el programa MAP Básico:**
  - Rutina médica y dental, $10.00 - $30.00
  - Medicamentos $5.00 - $15.00
  - Una vez inscrito, su familia puede usar los beneficios en cualquiera de las 23 ubicaciones de CommUnityCare. Puede encontrarnos en línea en www.communitycaretx.org o solicitar una lista de ubicaciones con la recepcionista.

****Beneficios adicionales disponibles para pacientes inscritos en MAP, Medicaid y CHIP. ****

- **¡Puede solicitar la inscripción en 3 pasos sencillos!**

  Paso 1: Complete una solicitud de Asistencia Medica

  Paso 2: Reúna los documentos requeridos

  Paso 3: Enviar solicitud y documentos

En la última página de la solicitud, encontraría una lista de los documentos requeridos y las instrucciones para enviar.

Un Financiera Especialista revisará su solicitud y los documentos de respaldo y, dentro de 3-5 días hábiles, se comunicará con usted para: informarle sobre su inscripción o para solicitar información adicional si es necesario

La información que brinden se mantendrá confidencial y solo se utilizara para determinar su elegibilidad.

CommUnityCare HEALTH CENTERS

CAROUSEL PEDIATRICS

Solicitud de Asistencia de Salud

Paso 1: Complete la Solicitud

Use esta página para ingresar información sobre los padres (adultos) relacionados por matrimonio, incluso la ley común y declarados viviendo en el mismo hogar del paciente.

Adulto o Padre 1 *(viviendo en el mismo hogar del paciente(s))*

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección (Nombre y Número de la calle): _____

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): _____

Si necesitamos información adicional para esta solicitud o tenemos preguntas, ¿Cómo prefiere ser contactado?

☐ Teléfono, numero: _____, mejor hora para llamar: _____

☐ correo electrónico, añadir su correo electrónico: _____

Marque la casilla junto a su estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro, lista:_____

¿Ha obtenido ingresos de trabajo en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si

¿Ha recibido pagos de algún de los siguientes en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si Marque la casilla(s)

☐ Seguro Social ☐ Discapacidad ☐ Jubilación ☐ Desempleo ☐ Pensión ☐ Sobrevivientes

Está embarazada actualmente: ☐ No ☐ Si

¿Tiene alguno de los siguientes beneficios médicos? ☐ No ☐ Si, marque la casilla correspondiente:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro, lista: _____

Adulto o Padre 2 *(viviendo en el mismo hogar del paciente(s))*

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Marque la casilla junto a su estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro, lista:_____

¿Ha obtenido ingresos de trabajo en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si

¿Ha recibido pagos de algún de los siguientes en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si, Marque la casilla correspondiente:

☐ Seguro Social ☐ Discapacidad ☐ Jubilación ☐ Desempleo ☐ Pensión ☐ Sobrevivientes

Está embarazada actualmente: ☐ No ☐ Si

¿Tiene alguno de los siguientes beneficios médicos? ☐ No ☐ Si, marque la casilla correspondiente:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Other, list: _____

CommUnityCare HEALTH CENTERS

CAROUSEL PEDIATRICS

Solicitud de Asistencia de Salud

Siguiente, enumere información sobre los niños relacionados por nacimiento o adopción que viven en su hogar y son menores de 18 años. No incluya niñas que estén embarazadas o tenga hijos propios. *(**Note:** Niños mayores de 18 años o que están embarazadas o tienen sus propios hijos pueden completar una solicitud por separado.)*

Nino (a)

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____Genero: ☐ Masculino ☐ Hembra

Marque la casilla del estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro:_____

¿El niño (a) ha recibido algún ingreso en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si, marque la casillas correspondientes

☐ Seguro Social ☐ Incapacidad ☐ Sobrevivientes

¿Esta persona está embarazada o tiene hijos propios que vive en la casa? ☐ No ☐ Si

¿Tiene el niño (a) alguno de los siguientes beneficios de atención medica? ☐ No ☐ Si, marque la casilla:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____

Nino (a)

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____Genero: ☐ Masculino ☐ Hembra

Marque la casilla del estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro:_____

¿El niño (a) ha recibido algún ingreso en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si, marque la casillas correspondientes

☐ Seguro Social ☐ Incapacidad ☐ Sobrevivientes

¿Esta persona está embarazada o tiene hijos propios que vive en la casa? ☐ No ☐ Si

¿Tiene el niño (a) alguno de los siguientes beneficios de atención medica? ☐ No ☐ Si, marque la casilla:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____

Nino (a)

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____Genero: ☐ Masculino ☐ Hembra

Marque la casilla del estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro:_____

¿El niño (a) ha recibido algún ingreso en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si, marque la casillas correspondientes

☐ Seguro Social ☐ Incapacidad ☐ Sobrevivientes

¿Esta persona está embarazada o tiene hijos propios que vive en la casa? ☐ No ☐ Si

¿Tiene el niño (a) alguno de los siguientes beneficios de atención medica? ☐ No ☐ Si, marque la casilla:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____

CommUnityCare HEALTH CENTERS

CAROUSEL PEDIATRICS

Solicitud de Asistencia de Salud

Nino (a)

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____Genero: ☐ Masculino ☐ Hembra

Marque la casilla del estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro:_____

¿El niño (a) ha recibido algún ingreso en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si, marque la casillas correspondientes

☐ Seguro Social ☐ Incapacidad ☐ Sobrevivientes

¿Esta persona está embarazada o tiene hijos propios que vive en la casa? ☐ No ☐ Si

¿Tiene el niño (a) alguno de los siguientes beneficios de atención medica? ☐ No ☐ Si, marque la casilla:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____

Nino (a)

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____Genero: ☐ Masculino ☐ Hembra

Marque la casilla del estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro:_____

¿El niño (a) ha recibido algún ingreso en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si, marque la casillas correspondientes

☐ Seguro Social ☐ Incapacidad ☐ Sobrevivientes

¿Esta persona está embarazada o tiene hijos propios que vive en la casa? ☐ No ☐ Si

¿Tiene el niño (a) alguno de los siguientes beneficios de atención medica? ☐ No ☐ Si, marque la casilla:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____

Nino (a)

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____Genero: ☐ Masculino ☐ Hembra

Marque la casilla del estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro:_____

¿El niño (a) ha recibido algún ingreso en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si, marque la casillas correspondientes

☐ Seguro Social ☐ Incapacidad ☐ Sobrevivientes

¿Esta persona está embarazada o tiene hijos propios que vive en la casa? ☐ No ☐ Si

¿Tiene el niño (a) alguno de los siguientes beneficios de atención medica? ☐ No ☐ Si, marque la casilla:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____

Si tiene más niños en su hogar que necesita enumerar, puede descargar un formulario "Niños Adicionales" de nuestro sitio web www.carouselhealth.com en la página Recursos de Paciente o recoger en cualquier Carousel.

CommUnityCare HEALTH CENTERS

CAROUSEL PEDIATRICS

Solicitud de Asistencia de Salud

Paso 2: Reunir los Documentos

Los documentos muestran prueba del tamaño del hogar, ingresos, dirección y ciudadanía y se requieren para cada miembro del hogar.

☐ **Comprobante de domicilió**	**Una copia de uno de los siguientes, con su dirección, fechada dentro los últimos 30 días:** • Factura de servicios públicos (electricidad, gas, cable (no se aceptan facturas de teléfonos celulares)) • Recibo de alquiler, impresión o una copia del contrato de arrendamiento más reciente • Licencia de conducir actual o identificación del estado • Cualquier correo o sobre personal o comercial (debe incluir un sello postal con fecha)
☐ **Prueba de identidad del tamaño del hogar** *(para cada miembro del hogar)*	**Cada Padre o Adulto viendo en el hogar** • Identificación con foto *(Licencia de Conducir, Identificación Estatal, Matricula Consular, Tarjeta de Residencia Legal Permanente, Tarjeta de Autorización de Empleo, Pasaporte o Visa)* **y** **Cada niño (a) viviendo en el hogar** • Certificado de Nacimiento / Registros (de cualquier Estado / Condado) **o** • Seguro Social *(si es aplicable)*
☐ **Comprobante de Ingresos del Hogar** *(para cada miembro del hogar)*	**Ingresos del trabajo recibido en los últimos 30 días** • Talones de pago *(incluyendo propinas si es aplicable)* **O** • Empleo Propio o Pago en efectivo, complete uno del siguiente formulario: **Formulario de Empleo Propio** – Si cuenta ingresos y gastos. **Formulario de Ingresos sin Deducciones Fiscales –** Si solo cuenta ingresos ***Ambos formularios estan disponibles en el sitio web de Carousel en: www.carouselhealth.com, en la pestaña "Recursos del Paciente" o se pueden recoger en cualquier ubicación de Carousel. Si desea una copia por correo electrónico, llame a Carousel a: 512-744-6000.*** **Otro ingreso recibido dentro los últimos 30 días** • Carta de concesión de beneficios más reciente *(Seguro Social, Incapacidad, Jubilación, Desempleo, Pensión, Sobrevivientes)* • Manutención de menores u Reporte de la Oficina del Fiscal General
☐ **Prueba de estatus legal** *(para cada miembro del hogar)*	• Acta de Nacimiento • Pasaporte Estadounidense • Certificado de Naturalización • Registro de Votante

Paso 3: Enviar Solicitud y los Documentos

Envía a carouseleligibility@communitycaretx.org O dejar en un ubicación de Carousel

Si tiene preguntas, llámenos al 512-744-6000 o envié un correo electrónico a carouseleligibility@communitycaretx.org

MRN:_____

CommUnityCare HEALTH CENTERS

Sliding Fee Scale Program

Applicant Responsibilities & Authorization

I certify that the information provided for eligibility determination is true and correct to the best of my knowledge, and understand it may be confirmed through a third-party vendor. I will notify CommUnityCare if there are any changes in my household size or income within ten business days.

I understand information provided will be used to determine if anyone in my household is eligible for enrollment in a local or state program that reimburses CommUnityCare for services provided to uninsured individuals. For example, Central Health's Medical Access Program (MAP) and MAP Basic.

I authorize the release of information provided to verify eligibility, if enrolled, in the bulk medication prescription assistance program (PAP) sponsored by drug companies that provide financial assistance to those that qualify.

I understand that I may need to email documents for program eligibility to CommUnityCare. If I send personal information by email, it may not be secure.

_____ _____

Applicant Signature Date

_____ _____

Spouse, Partner or Designee Signature Date

If designee, list relationship: _____

CommUnityCare HEALTH CENTERS

Programa de Escala Variable de Tarifas

Autorización y Responsabilidades del Solicitante

Certifico que la información provista para la determinación de elegibilidad es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento, y entiendo que puede ser confirmada por un proveedor externo. Notificaré a CommUnityCare si hay algún cambio en el tamaño o ingreso de mi hogar dentro diez días.

Entiendo que la información proporcionada se utilizará para determinar si yo o alguien en mi hogar es elegible para la inscripción en un programa local o estatal que reembolsa a CommUnityCare por los servicios a personas sin seguro. Por ejemplo, el Programa de acceso médico de Salud Central (MAP) y MAP Basic.

Autorizo la divulgación de información proporcionada para verificar elegibilidad, si soy inscrito, en el programa de asistencia de medicamentos recetados (PAP) patrocinado por compañías farmacéuticas que brindan asistencia financiera a los que califican.

Entiendo que es posible que puedo enviar documentos por correo electrónico para elegibilidad, el programa de CommUnityCare. Entiendo que no es seguro si envío información personal por correo electrónico.

_____ _____

Firma del Solicitante Fecha

_____ _____

Firma de Cónyuge, Pareja o Designado Fecha

Si designado, apunte relación: _____

Financial Screening Specialist Signature & Date:

☐Verbal consent obtained in lieu of written in order to safely provide care to the patient during the COVID-19 emergency.

MAP CENTRAL HEALTH MAP BASIC

RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

Los Programas de Acceso Médico (MAP, por sus siglas en inglés) y MAP BASIC de Central Health (de aquí en adelante, conjuntamente llamados los Programas) le ayudan a las personas a obtener acceso a cuidados médicos, cubriendo los gastos de ciertos servicios médicos. Su posibilidad de calificar para MAP o MAP BASIC depende de sus ingresos, el lugar donde usted vive, la disponibilidad de otras coberturas de seguros médicos, y la existencia de otras fuentes de pago para obtener cuidados médicos. Su etnicidad, raza, religión, creencias, país de origen, sexo, condiciones incapacitantes, orientación sexual, o ideología política no será tomada en consideración y no afectará su elegibilidad para estos Programas.

Mi firma abajo indica que todas las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, incluyendo todas las respuestas acerca de mis ingresos, Condado en el que vivo, y otras fuentes de pago, son reales y verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que debido a que mi elegibilidad para estos Programas depende de mis respuestas a estas preguntas, cualquier omisión, incumplimiento o negativa en proporcionarle a Central Health la información requerida, o proporcionar información falsa o engañosa en respuesta a las preguntas de elegibilidad, podría resultar en que Central Health cancele mis beneficios bajo estos Programas y busque recuperar cualquier pago que haya hecho en mi nombre para la obtención de cuidados médicos.

Por este medio acuerdo notificar a Central Health de cualquiera de los cambios de vida listados a continuación dentro de los siguientes 14 días después la fecha en que ocurra dicho cambio:

a. dirección de correo postal y número de teléfono
b. dirección de mi hogar
c. cualquier cambio de ingresos que afecte mi elegibilidad
d. cantidad de personas que viven en mi hogar o si una de ellas resultara embarazada
e. inscripción en Medicaid, CHIP, Medicare, o cualquier otro seguro médico privado, o ser notificado que califico para algún programa de cobertura que puede pagar mis cuidados

Si Central Health descubriera un cambio no reportado en cualquiera de estas cinco áreas fundamentales de mi aplicación, comprendo que podría cancelar mis beneficios bajo estos Programas y tomar cualquier medida que considere pertinente dentro de su autoridad, incluyendo presentar cargos civiles o criminales en mi contra.

Comprendo que mi inscripción en los Programas MAP y MAP Basic está condicionada a que he aceptado permitirle a Central Health verificar las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, y que el estado de mi inscripción podría seguir estando pendiente hasta que se haga esta verificación y se obtenga confirmación de una fuente confiable (por ejemplo, la Administración del Seguro Social o la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas). Además, también comprendo y acepto que Central Health podría solicitar que yo pague una porción del costo de mis cuidados médicos, y recuperar cualquier pago que haya hecho por mis cuidados médicos a una tercera parte, en caso yo hubiera presentado un reclamo por daños por lesiones personales.

Por último, acepto y certifico que mis iniciales indican:

_____ Mi autorización para que mi empleador, la Administración del Seguro Social, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas liberen los expedientes de mis beneficios, inscripción, reclamos, salarios, y cualquier otro a Central Health; y

_____ Mi autorización tendrá una validez de 12 meses a partir de la fecha en que firme este formulario de Responsabilidades del Solicitante o hasta que yo revoque dicha autorización por escrito a Central Health;

_____ Mi aceptación de responsabilidad para asegurar que toda la información relacionada con mi dirección de correo postal, número de teléfono, y cualquier número de celular o dirección de correo electrónico que incluya bajo el siguiente párrafo es correcta y está actualizada (al día) en todo momento durante mi inscripción en los Programas; y

_____ (Opcional) Comprendo que existen riesgos al enviar mensajes de texto o correos electrónicos sin encriptar, y por este medio doy mi *consentimiento* a recibir información de Central Health relacionada con la programación de citas y el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios en la cobertura y beneficios de los Programas, por medio de:

- ☐ Teléfono celular. Mi número de teléfono celular actual es _____.
- ☐ Correo electrónico. Mi correo electrónico actual es _____.

---	---
Nombre del Solicitante	Nombre del Representante Personal (PR, por sus siglas en inglés)
---	---
Firma del Solicitante	Firma del Representante Personal
---	---
Número de Identificación del Programa	Relación del PR con el Solicitante
---	---
Fecha	Fecha

MAP CENTRAL HEALTH MAP BASIC

RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

Los Programas de Acceso Médico (MAP, por sus siglas en inglés) y MAP BASIC de Central Health (de aquí en adelante, conjuntamente llamados los Programas) le ayudan a las personas a obtener acceso a cuidados médicos, cubriendo los gastos de ciertos servicios médicos. Su posibilidad de calificar para MAP o MAP BASIC depende de sus ingresos, el lugar donde usted vive, la disponibilidad de otras coberturas de seguros médicos, y la existencia de otras fuentes de pago para obtener cuidados médicos. Su etnicidad, raza, religión, creencias, país de origen, sexo, condiciones incapacitantes, orientación sexual, o ideología política no será tomada en consideración y no afectará su elegibilidad para estos Programas.

Mi firma abajo indica que todas las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, incluyendo todas las respuestas acerca de mis ingresos, Condado en el que vivo, y otras fuentes de pago, son reales y verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que debido a que mi elegibilidad para estos Programas depende de mis respuestas a estas preguntas, cualquier omisión, incumplimiento o negativa en proporcionarle a Central Health la información requerida, o proporcionar información falsa o engañosa en respuesta a las preguntas de elegibilidad, podría resultar en que Central Health cancele mis beneficios bajo estos Programas y busque recuperar cualquier pago que haya hecho en mi nombre para la obtención de cuidados médicos.

Por este medio acuerdo notificar a Central Health de cualquiera de los cambios de vida listados a continuación dentro de los siguientes 14 días después la fecha en que ocurra dicho cambio:

a. dirección de correo postal y número de teléfono
b. dirección de mi hogar
c. cualquier cambio de ingresos que afecte mi elegibilidad
d. cantidad de personas que viven en mi hogar o si una de ellas resultara embarazada
e. inscripción en Medicaid, CHIP, Medicare, o cualquier otro seguro médico privado, o ser notificado que califico para algún programa de cobertura que puede pagar mis cuidados

Si Central Health descubriera un cambio no reportado en cualquiera de estas cinco áreas fundamentales de mi aplicación, comprendo que podría cancelar mis beneficios bajo estos Programas y tomar cualquier medida que considere pertinente dentro de su autoridad, incluyendo presentar cargos civiles o criminales en mi contra.

Comprendo que mi inscripción en los Programas MAP y MAP Basic está condicionada a que he aceptado permitirle a Central Health verificar las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, y que el estado de mi inscripción podría seguir estando pendiente hasta que se haga esta verificación y se obtenga confirmación de una fuente confiable (por ejemplo, la Administración del Seguro Social o la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas). Además, también comprendo y acepto que Central Health podría solicitar que yo pague una porción del costo de mis cuidados médicos, y recuperar cualquier pago que haya hecho por mis cuidados médicos a una tercera parte, en caso yo hubiera presentado un reclamo por daños por lesiones personales.

Por último, acepto y certifico que mis iniciales indican:

_____ Mi autorización para que mi empleador, la Administración del Seguro Social, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas liberen los expedientes de mis beneficios, inscripción, reclamos, salarios, y cualquier otro a Central Health; y

_____ Mi autorización tendrá una validez de 12 meses a partir de la fecha en que firme este formulario de Responsabilidades del Solicitante o hasta que yo revoque dicha autorización por escrito a Central Health;

_____ Mi aceptación de responsabilidad para asegurar que toda la información relacionada con mi dirección de correo postal, número de teléfono, y cualquier número de celular o dirección de correo electrónico que incluya bajo el siguiente párrafo es correcta y está actualizada (al día) en todo momento durante mi inscripción en los Programas; y

_____ (Opcional) Comprendo que existen riesgos al enviar mensajes de texto o correos electrónicos sin encriptar, y por este medio doy mi *consentimiento* a recibir información de Central Health relacionada con la programación de citas y el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios en la cobertura y beneficios de los Programas, por medio de:

- ☐ Teléfono celular. Mi número de teléfono celular actual es _____.
- ☐ Correo electrónico. Mi correo electrónico actual es _____.

---	---
Nombre del Solicitante	Nombre del Representante Personal (PR, por sus siglas en inglés)
---	---
Firma del Solicitante	Firma del Representante Personal
---	---
Número de Identificación del Programa	Relación del PR con el Solicitante
---	---
Fecha	Fecha