

Condado de San Joaquin

Asistencia y Elegibilidad Financiera Medica

Encerrado es una aplicación para programas de ayuda para gastos médicos proporcionados por el Condado de San Joaquin. El proceso de elegibilidad y evaluación financiera se determinará si usted es elegible para una variedad de programas federales, estatales o programas locales de asistencia. Si usted es elegible estos programas pueden proporcionar la cobertura de los servicios médicos básicos.

Los programas actuales son:

- Medical Assistance Program (MAP)
- Charity Care
- Catastrophic Charity
- Discount Program
- Prompt Pay Discount

Esta aplicación debe ser llenada completamente y firmada. Por favor traiga todos los documentos que aplican a su situación, ya que sólo una comprensión completa de su situación financiera nos permitirá determinar correctamente su elegibilidad para los programas de cobertura médica.

Durante su entrevista, se le puede pedir traer documentos adicionales no en esta lista. Si documentación necesitada no es proporcionada, su aplicación será considerada incompleta y será negado. Los documentos solicitados establecerán su elegibilidad para programas basados en la residencia legal, los ingresos y para algunos programas, los activos financieros. Completar el proceso de aplicación le ayudará en programas de identificación que ayudarán le a encontrar sus necesidades médicas y proporcionar alcance de gastos médicos.

DOCUMENTACION REQUERIDA - La Identidad, La Residencia, Financia

1. **Una Identificación con foto del gobierno de los Estados Unidos.**
2. **Tarjeta de Seguro Social.**
3. **Tarjeta de Residente Permanente.**
4. **Prueba de su residencia** en el Condado de San Joaquín (por ejemplo un gasto de luz) aunque este bajo de el nombre de otra persona.
5. Declaración de la hipoteca de su Casa o recibo de su renta mas reciente o contrato de renta.
6. Si esta viviendo con alguien provea por **favor una carta notarisada de parte de esta persona que explica su arreglo por los gastos o' favor de traer la persona a su cita.**
7. Prueba de Ingreso: Los últimos cuatro talones de pago. (Empleado, compensación de incapacidad de trabajo o discapacidad)
8. Verificación de beneficios de desempleo por UD. o miembros de su familia, Llame 1-800-300-5616 a registrar un derecho por beneficios o' Reporte de Ingreso del Seguro Social.
9. Si recibe "General Relief", un informe SJ64 de su trabajador de la elegibilidad que demuestra su numero del caso y estado actual.
10. Si esta viviendo en una programa de rehabilitación, se requiere una carta del director del programa que afirma la fecha de su entrada y su fecha prevista de la terminación.
11. Estado de Cuentas Bancarias- Los 3 meses pasados (todas las páginas)
12. Retorno completo de impuestos; personal y de negocio. (por el año más reciente con todas las copias de los W-2s). Si no tiene una copia, puede llamar al 1-800-829-1040 para una transcripción del impuesto.
13. Carta de su trabajo que indique si su compañía le ofrece/no ofrece seguro medico.
14. Medi-Cal/SSI/SSDI Documentación de caso, pendiente o negado. *(si es aplicable)*
15. Divorcio o Papeles Legales de Separación *(si es aplicable)*
16. Verificaciones de sus bienes. (IRA's, 401K's, Stocks, Bonds, Fondos Mutuos, Póliza de seguro de vida, registros de automóviles). *(si es aplicable)*

Aplicacion

INFORMACION DEMOGRAFICA y FINANCIERA Programa de Ingresos y Gastos Actuales

Nombre de paciente:	Nombre de Cónyuge:
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja	
Domicilio:	
Teléfono: Celular:	Celular de cónyuge:
Numero de Seguro Social: (<i>Paciente</i>)	Numero de Seguro Social: (<i>Cónyuge</i>)
Fecha De Nacimiento: (<i>Paciente</i>)	Fecha de Nacimiento: (<i>Cónyuge</i>)

Lista todos los dependientes que usted soporta, y que viven con usted.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Posible acceso a fuentes categóricas de financiamiento. Marque uno con un círculo, si corresponde
NOTA: La información solicitada debajo será utilizado para determinar únicamente unión a financiación disponible programas y no impresionar su cuidado clínico.

- ¿Está o estará discapacitado durante más de un año? S N
- ¿Es veterano de las fuerzas armadas? S N
- Si es mujer, ¿se le ha diagnosticado con cáncer de mama o del útero? S N
- Si es mujer mayor de 40 años, ¿planea realizarse una mamografía? S N
- Si es mujer mayor de 25 años, ¿planea realizarse una prueba de Papanicolaou? S N
- Si es hombre, ¿se le ha diagnosticado con cáncer de próstata? S N
- ¿Busca ayuda para necesidades de la salud reproductiva (embarazo o solicitud de anticonceptivos)? S N
- ¿Solicita ayuda para un hijo/dependiente menor de 21 años con un padecimiento relacionado a la salud mental? S N
- ¿Tiene usted o los miembros de su familia algún otro padecimiento para que cual solicitan tratamiento o necesitan ayuda? S N

Deudas:

- a. Cantidad adeudada en hipotecas \$ _____
- b. Cantidad adeudada en automóviles \$ _____
- c. Cantidad adeudada en tarjetas de crédito \$ _____
- d. Otra (*indique*) _____ \$ _____

Gastos Mensuales:

- Renta o pago de casa \$ _____
- Alimentos \$ _____
- Servicio públicos (teléfono, agua, etc.) \$ _____
- Automóvil/Transporte (*Pago/Gasolina, etc.*) \$ _____
- Seguros (*casa, automóvil, de vida, etc..*) \$ _____
- Tarjeta de crédito/otras deudas \$ _____
- Otra _____ \$ _____

Mi/Nuestra firma en esta forma/aplicación da permiso al Condado de San Joaquin, para verificar la información en esta aplicación, Incluyendo mi/nuestro permiso para contactar mi empleador y mi/nuestra historia de crédito. Juro bajo pena de perjurio que la información es verdad y correcta según mi conocimiento y entender.

Fecha:	(Firma del paciente o fiador)
Fecha:	(Firma del cónyuge)