



Aplicación para el programa de HealthyCare Card – Una persona adicional aplicando con la familia



1. Persona Aplicando # ___:		Cuántas personas viven en su casa: ___	
Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
Dirección:		Ciudad:	
Estado:	Código postal	Condado	Número de teléfono
Fecha de nacimiento: (Mes/día/año)	Seguro social #:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Declinado	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Vive con alguien	Mi estado laboral es: (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> ¿Deshabilitado? Si contesto sí, ¿desde cuando? _____	Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano americano <input type="checkbox"/> Residente permanente Fecha: ___ <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo/DACA <input type="checkbox"/> Extranjero temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro _____	

Favor de contestar las siguientes preguntas para saber cómo servirle mejor con la comunicación por escrito y oral

<p><u>¿Tiene usted doctor primario</u></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Nombre: _____</p>	<p><u>¿Cuál de estas categorías describe mejor su raza?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Raza mixta <input type="checkbox"/> No disponible/desconocido <input type="checkbox"/> Declinado</p>	<p><u>¿Se considera usted hispano o latino?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No está disponible esta información/no sabe</p> <p><u>El lenguaje que prefiero es:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>
---	---	--

2. Información de cobertura o seguro médico para la persona aplicando en el # ___:					
Seguros	Sí-Fecha de registraci3n	No	Actualmente aplicando		
			Sí	No	Recientemente Fecha de negaci3n
1. Seguro de salud del empleador		<input type="checkbox"/> Raz3n: _____			
2. Asistencia m3dica					
3. Medicare A					
4. Medicare B					
5. Plan de Medicare Advantage					
6. Beneficios de veteranos					
7. Otro seguro privado					
8. Mercado de seguros					
Cobertura de Medicamentos					
a. SPBP o MH-IDD					
b. PACE/PACENET					
c. Empleador					
d. Medicare parte D					
e. Mercado de seguros					
f. Otro					

HCN Use Only Location: _____ Central Case Worker: _____

Approved: _____ Denied: _____ Date: _____ HCC Effective Date _____

Discount: ___1A WS 100%/ HH 100%/ MH 100% ___1D WS 100%/ HH 80%/ MH 80% ___1E WS 100%/ HH 0%/MH 0%

 ___2 WS 70%/ HH 60%/ MH 80% ___2E WS 70%/ HH 0%/ MH 0% ___3 WS 40%/ HH 60%/ MH 80%

 ___3E WS 40%/ HH 0%/ MH 0%

**Person 1
Applying**

Autorización del cliente

Al completar y entregar esta solicitud, estoy solicitando un servicio de descuento ofrecido por el programa HealthyCare Card a través de Healthy Community Network. Yo entiendo que:

- **HealthyCare Card es un programa de asistencia financiera para atención médica y no es un seguro médico.**

Doy mi permiso a Healthy Community Network de solicitar y recibir información sobre el estado de mi solicitud de registro en:

- Departamento de servicios humanos de Pennsylvania/oficina de asistencia del condado
 - Programa PACE o PACENET
 - Compañías farmacéuticas que ofrecen asistencia para medicamentos
 - Otros proveedores de salud participantes en asistencia financiera para ayudarlo a usted
 - Administración de veteranos ◦ Mi empleador
- Entiendo que esta autorización puede vencer entre seis meses y un año después de la fecha de autorización y se puede cancelar por escrito contactando al Healthy Community Network al 3421 Concord Road York, PA 17402 o llamando al 800-429-2430.
 - *Haré mi parte para mantener una relación positiva y respetuosa con mis proveedores de atención médica y los empleados de la oficina*
 - **Estoy de acuerdo en notificar a HealthyCare Card- Healthy Community Network si yo o un miembro de mi familia somos elegibles para un programa de seguro médico o si mi ingreso o el de mi familia aumenta o disminuye. Entiendo que mi membresía en el programa puede terminar si no completo las solicitudes para otros programas de cobertura de seguro que pueda recibir, incluyendo, asistencia médica y el Medicare, si es aplicable.**
 - También otorgo consentimiento para compartir mi información de salud personal con los empleados del "Healthy Community Network", siempre que la información sea usada para mi tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por ejemplo, información de cualquier enfermedad crónica, como la diabetes y enfermedad del corazón, pueden ser usadas por mi equipo de cuidado para ayudarme mejor.
 - Doy permiso para permitirle a las compañías farmacéuticas o sus designados a revisar mi información por razones de auditorías si recibo medicamentos a través de sus programas de asistencia para los pacientes.

Certifico que la información que está arriba acerca de mi ingreso, gastos y dirección está completa y precisa. Certifico que la información de arriba es verdadera en base al mejor de mi conocimiento y que no estoy intentando cometer fraude. Entiendo que podría ser sacado del programa de HealthyCare Card si encuentran que la información es falsa.

Persona Aplicando # _____

Nombre _____ # de SS _____ - ____ - _____ Fecha de nac. _____

Firma _____ Fecha _____

Relación del firmante con el paciente _____

La solicitud debe estar firmada para ser procesada

Después de que envíe su solicitud, esta será revisada y se le notificará por correo la decisión.

Envíe la aplicación completada con copias de **todos los documentos requeridos** a:

En los condados de Ephrata, Lebanon, y York: o

En el condado de Adams:

**Healthy Community Network
116 S. George Street, Suite 101
York, PA 17401
Número Local: 717-812-2990**

**Healthy Community Network
39 N. Fifth Street
Gettysburg, PA 17325
Número Local: 717-339-2439**