

Esta es una aplicación para el programa de HealthyCare Card (HCC), un programa de Healthy Community Network. El HCC es un programa para la comunidad que provee descuentos para aquellos pacientes que requieren asistencia financiera con su atención médica. Si usted no tiene seguro médico- por ejemplo Medicaid, Medicare, State Exchange, o seguro a través de su empleador, usted debe someter documentación.

El HealthyCare Card no es un seguro médico o considerado un "Plan de salud Calificado" o "Cobertura confiable".

¿Para cual beneficio está aplicando?

- Asistencia de medicamentos
 Problemas de salud continuos
 Facturas médicas pendientes
 Asistencia con copagos
 Deducible: cantidad \$ _____
 Dental
 Otro

¿Quién lo refirió al programa, Healthy Community Network? _____

Yo vivo con: _____

Instrucciones:

Abajo hay una lista de documentos para verificación de sus ingresos y recursos. Por favor asegúrese de llenar por completo la aplicación e incluir copias de los siguientes documentos:

Declaración Federal de Impuestos 1040 del año más reciente (**Requerido**)

- Para las personas que trabajan independientemente o que tienen ingresos por inversiones usted debe incluir la parte 1, C, D & E si es aplicable.

No llené impuestos federales durante el último año.

Firma

Fecha

- Talones de pago más recientes del mes
 ___ Semanal: 4 Talones de pago
 Manutención de los hijos, o cónyuge
 ___ Quincenal: 3 Talones de pago
 Carta de asistencia pública, elegibilidad para SNAP
 ___ Mensual: 3 Talones de pago
 Carta del seguro social y/o pensión(es) del año más reciente
 Compensación de trabajo/incapacidad
 Explicación por escrito de todos los depositos
 Carta de beneficios de desempleo
 de mas de \$100 dolares en cuentas bancarias
 Proveer una copia de documento de identidad con foto
 (excluyendo depósitos directos y seguro social)
 Copias de todas las tarjetas de seguros médicos y de
 prescripciones.
- Estado de cuenta de **3 meses** consecutivos de **TODAS** las cuentas de ahorros y de cheques mostrando todas las actividades. Incluya todas las páginas de todos los estados de cuentas.
- Estados de cuenta más reciente de retiros o inversiones (ver sección 4)
- Si es trabajador independiente: Copias de **6 meses** de todas las cuentas de banco, personales y de negocios
- Copias de facturas de servicios de la casa. Solamente si usted recibe Medicare o recibirá Medicare en el próximo año (ver sección 5). Ej. Copia de la factura de electricidad, de la renta/hipoteca, calefacción y cualquier otro pago mensual.

► *Si su estado civil es "separado(a)", debe presentar la información que demuestra que está separado, o deberá presentar copias del ingreso de su esposo/a*

Favor de tener en cuenta que la falta de proveer TODA la documentación requerida evita que la aplicación sea procesada.

Preguntas o inquietudes- Llamar al 800-429-2430 or email at hcn@wellspan.org
www.healthycommunitynetwork.org

1. Persona Aplicando #1: Cuantas 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 corresponda) <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> ¿Desabilitado? <i>Sí contesto sí, ¿desde cuando?</i> _____		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

¿Tiene usted doctor primario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre: _____	¿Cuál de estas categorías describe mejor su raza? <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	¿Se considera usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está disponible esta información/No sabe El lenguaje que prefiero es: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
--	--	---

2. Información de cobertura o seguro médico para la persona aplicando #1:

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

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

Discount: ____1A WS 100% ____2E WS 70% ____40% Discount

FPL% _____ Outreach Specialist: _____

Persona 1 Aplicando

1. Persona Aplicando #2: Cuantas 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 corresponda) <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> ¿Desabilitado? <i>Sí contesto si, ¿desde cuando?</i> _____	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

¿Tiene usted doctor primario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre: _____	¿Cuál de estas categorías describe mejor su raza? <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	¿Se considera usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está disponible esta información/No sabe El lenguaje que prefiero es: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
--	--	---

2. Información de cobertura o seguro médico para la persona aplicando #2:

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					

Persona 2 Aplicando	HCN Use Only	
	Approved: ____ Denied: ____ Date: _____ HCC Effective Date _____	
	Discount: ____1A WS 100% ____2E WS 70% ____40% Discount	
	FPL% _____	Outreach Specialist: _____

3. Ingreso neto de todas las personas en el Hogar: *Escriba las cantidades en dólares e incluya copias del ingreso*

Fuente de ingreso	Salarios	Cantidad de ingreso bruto	¿Con que frecuencia se recibe este ingreso?	¿Quién recibe el ingreso?
Nombre del empleador:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Durante la estación	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente	
Nombre del empleador	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Durante la estación	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente	
Desempleo		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Manutención para hijos/ pensión alimenticia para el conyugue		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Compensación del trabajador		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Ingreso de incapacitado/ Seguro social		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Pensión de retiro		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Inversiones/ingreso de propiedad rentada		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Asistencia pública (efectivo y cupones)		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Otro		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
TOTAL:		\$		

Si usted no ha tenido ningún ingreso en los últimos 30 días, favor de llamar al 800-429-2430

4. Información de posesiones del hogar: Incluya TODAS las páginas de los últimos 3 estados de cuenta más recientes de cada cuenta. Trabajadores independientes incluir 6 meses de todas las cuentas.

Cuentas:	Balance actual:	¿Quién es el dueño(a)?
Balance de cuenta de cheque	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Balance de cuenta de ahorros	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Otros (Club de Navidad, Club de vacaciones)	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
401(k) /403(b)	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
IRA/otro plan de retiro(s)	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Mercado de valores	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Certificado de depósito (CD)	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Otras inversiones (Ej. bonos, acciones)	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	

*Explicación por escrito de todos los depósitos de mas de \$100 dolares en cuentas bancarias (excluyendo depósitos directos y seguro social)

Favor de tener en cuenta que la falta de proveer TODA la documentación requerida evita que la aplicación sea procesada.

**Preguntas o inquietudes- Llamar  800-429-2430 o email hcn@wellspan.org
www.healthycommunitynetwork.org**

5. Información de los gastos del Hogar:

Se requieren fotocopias de las facturas mensuales si usted tiene Medicare o si usted va a ser elegible para Medicare el siguiente año

Costo:	Nombre del acreedor	Cantidad:
Renta/hipoteca		
Alquiler de terreno		
Servicios:		
Gas		
Electricidad		
Aceite		
Teléfono/celular(uno)		
Agua/Sewer		
Garbage		
Seguro:		
Vida		
Médico		
Auto		
Hogar		
Impuestos:		
Propiedad		
Escolar		
Préstamo		
Otro:		

**Preguntas o inquietudes- Llamar  800-429-2430 or email hcn@wellspan.org
www.healthycommunitynetwork.org**

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

- PA Department of Human Services/County Assistance Office (asistencia pública)
 - 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 cuidado de salud y los empleados de la oficina*
 - **Estoy de acuerdo en notificar a HealthyCare- Healthy Community Network si yo, o un miembro de mi familia somos elegibles para un programa de seguro de salud, 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 de compartir mi información de salud personal con los empleados del "Healthy Community Network", siempre que la información sea usada en mi tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. Por ejemplo, información de cualquier enfermedad crónica, como la diabetes y enfermedad del corazón, pueden ser usadas por el grupo de cuidado médico para ayudarme mejor.
 - Doy permiso para permitirle a las compañías farmacéuticas o la persona que ellos designen a revisar mi información para auditorías en caso de que reciba medicamentos a través de sus programas de asistencia para los pacientes.

Certifico que la información que está arriba acerca de mi ingreso, assets, gastos y dirección está completa y precisa. Certifico que la información de arriba es verdadera bajo el mejor de mi conocimiento y que no estoy intentando cometer fraude. Entiendo que mi membresía de HealthyCare Card puede ser terminada si encuentran que la información es falsa.

Persona Aplicando #1

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

Firma _____ Fecha _____

Relación del firmante con el paciente _____

Persona Aplicando #2

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:

By mail - Healthy Community Network 116 S. George Street, Suite 101, York, PA 17401

By fax – 717-848-2029

Email – hcn@wellspan.org and attach to an email

**Preguntas o inquietudes- Llamar al 800-429-2430 or email at hcn@wellspan.org
www.healthycommunitynetwork.org**

3/2022