



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



**1. Persona Aplicando #\_\_ : Cuantas personas viven en su casa: \_\_\_\_**

<b>Apellido:</b>	<b>Primer nombre:</b>	<b>Segundo nombre:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	
<b>Estado:</b>	<b>Código postal</b>	<b>Condado</b>	<b>Número de teléfono</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b> (Mes/Día/Año)	<b>Seguro social #:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Declinado	
<b>Estado civil:</b> <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	<b>Mi estado laboral es: (marque todas las que corresponda)</b> <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>	<b>Ciudadanía:</b> <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*

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

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

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					
<b>Cobertura de Medicamentos</b>					
a. SPBP o MH-IDD					
b. PACE/PACENET					
c. Empleador					
d. Medicare Parte D					
e. Mercado de Seguros					
f. Otro					

**Persona \_\_  
Aplicando**

**HCN Use Only**  
 Approved: \_\_\_\_ Denied: \_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ HCC Effective Date \_\_\_\_\_  
 Discount: \_\_\_\_1A WS 100% \_\_\_\_2E WS 70% \_\_\_\_40% Discount  
 FPL% \_\_\_\_ Outreach Specialist: \_\_\_\_\_

### **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 #\_\_**

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](mailto:hcn@wellspan.org) and attach to an email**

**Preguntas o inquietudes- Llamar al 800-429-2430 or email at [hcn@wellspan.org](mailto:hcn@wellspan.org)**

**[www.healthycommunitynetwork.org](http://www.healthycommunitynetwork.org)**