

Nombre de la persona solicitante: _____ Fecha de nac.: ____/____/____

Dirección de la persona solicitante: _____ Ciudad: _____ Estado: ____

Núm.de teléfono de la casa de la persona solicitante: (____) _____ Tel. celular (____) _____

Cuenta n.º: _____ Fecha de hoy: _____ SSN: ____/____/____

Información provista por: _____ Relación con el paciente: _____

Solicitud de ayuda financiera del Medical Center Navicent Health

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SEGURO

- La persona solicitante, ¿tiene seguro? Sí No Si la respuesta es sí, indique el nombre de la compañía: _____
Nombre del asegurado: _____ Relación: _____
N.º DE ID. _____ N.º DE GRUPO _____ **(pida la copia del frente y el reverso de la tarjeta de seguro)**
- La persona solicitante, ¿está embarazada o es una persona menor de 19 años? Sí No
Si la respuesta es sí, es posible que la persona solicitante sea elegible para Medicaid o CHIP (Programa de Seguro Médico para los Niños)
- La persona solicitante, ¿tiene entre 18 y 26 años? Sí No
Si la respuesta es sí, pida el nombre de los padres, del empleador y la información del seguro, junto con las copias de las tarjetas
Nombre del padre: _____ N.º de teléfono _____
Empleador: _____
- La persona solicitante, ¿es ciudadana o residente permanente de los Estados Unidos? Sí No
Si la respuesta es sí, es posible que la persona solicitante sea elegible para Emergency Medicaid
- La persona solicitante, ¿solicitó un seguro disponible a través de la Affordable Care Act (Ley de Cuidado de la Salud Asequible) en www.healthcare.gov?
 Sí No

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN MÉDICA

- ¿El diagnóstico es terminal o la enfermedad se extenderá más de allá de los 12 meses? Sí No Si la respuesta es sí, es posible que la persona solicitante reúna los requisitos por incapacidad para recibir Medicaid y, quizás, SSI/SSDI (Seguridad de Ingreso Suplementario/Seguro de Incapacidad del Seguro Social) también (remita al paciente a DECO para una solicitud completa de asistencia médica y una remisión por incapacidad).
- La persona solicitante, ¿sufre de algunas de las siguientes afecciones? Marque todas las que correspondan y complete en el espacio en blanco si hubiera alguna afección que no está en la lista.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Peso bajo al nacer/bebé prematuro | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno de la columna/dolor lumbar | <input type="checkbox"/> Insuficiencia de órgano vital |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> VIH/sida | <input type="checkbox"/> Trastorno respiratorio | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad crónica |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Depresión/trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Bulto/tumor |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Próstata | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Retraso mental | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Otros trastornos mentales | <input type="checkbox"/> Cáncer | _____ |
| <input type="checkbox"/> ACV | <input type="checkbox"/> Artritis grave | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano vital | _____ |

Utilice el espacio que figura a continuación para explicar en cualquiera de los diagnósticos mencionados arriba u otras afecciones que no estén en la lista.

- ¿Cuál es la altura de la persona solicitante? _____ ¿Cuál es el peso de la persona solicitante? _____
- ¿Qué medicamentos toma la persona solicitante?

| Medicamento | Dosis | Recetado por | Recetado para |
|-------------|-------|--------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- Si la persona solicitante es elegible para la Seguridad de Ingreso Suplementario o el Seguro de Incapacidad del Seguro Social, ¿desean solicitarlos? Sí No

- Explíqueme a la persona solicitante los beneficios de solicitar dichos seguros; por ejemplo, un ingreso potencial mensual de ~\$600 por el SSI y elegibilidad para asistencia provisional en efectivo, como la IDA (Asistencia Provisional por Incapacidad), TDAP (Programa de Asistencia Temporal por Incapacidad), etc.

11. La persona solicitante, ¿estuvo internada por algún motivo en los últimos 48 meses? Sí No Si la respuesta es sí, indique dónde, cuándo y por qué. _____

12. Enumere todo médico o institución que esté tratando actualmente a la persona solicitante

| Médico/institución/nombre de la clínica | Dirección | Teléfono | Tratado por |
|---|-----------|----------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

13. La persona solicitante, ¿solicitó alguna vez asistencia médica SSDI o SSI? Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué programas o en qué lugares (condado/estado)? _____

Si la respuesta es sí, la persona solicitante, ¿cuenta con un abogado? Sí No Si la respuesta es sí, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono: _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL HOGAR

14. ¿Hay cónyuge en el hogar? Sí No

Si no hay cónyuge, los padres solteros pueden investigar acerca de Medicaid para Aid for Dependant Children (Asistencia para Niños Dependientes)

15. Número de personas que viven en el hogar _____ (Enumere a cada individuo abajo. Si necesita más lugar, adjunte una hoja con información).

| Nombre | Relación | Edad | Empleador | Ingreso anual antes de los impuestos |
|--------|----------|------|-----------|--------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Enumere los nombres y las edades de todos los menores de 18 años que no viven en el hogar (si el paciente está aprobado para recibir SSI, su hijo también puede recibir un cheque).

| Nombre | Edad | Dirección | Vive con: |
|--------|------|-----------|-----------|
| | | | |
| | | | |

16. ¿Es un veterano? Sí No

(Si la respuesta es sí, puede investigar acerca de beneficios de VA [Asistencia para Veteranos]. Comuníquese con un hospital que brinde VA).

17. ¿La persona solicitante, el cónyuge o los padres renunciaron a su trabajo en los últimos 18 meses en los que los que se prestaron beneficios de la salud? Sí No

a. Si la respuesta es sí, es posible que la persona solicitante califique para beneficios COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria). Ingrese la información del empleador anterior a continuación.

| Ocupación | Tiempo que estuvo empleado | Tarifa de pago |
|-----------|----------------------------|----------------|
|-----------|----------------------------|----------------|

| Empleador anterior | Dirección | Número de teléfono |
|--------------------|-----------|--------------------|
|--------------------|-----------|--------------------|

18. La persona solicitante, ¿tiene entre 50 y 64 años? Sí No

Si se hace una remisión por incapacidad, complete la información a continuación.

1. La persona solicitante Soltera Casada Divorciada Viuda - Nombre de familia: _____

2. La persona solicitante, ¿prefiere una entrevista presencial o telefónica para solicitar los beneficios por incapacidad/de SSI?

Presencial (**preferida**) Telefónica : (_____) _____ n.º de teléfono para la entrevista

Último nivel de escolaridad que completó: _____ Último día que trabajó: _____ / _____ / _____

| Lugar de nacimiento: Ciudad | Estado | Nombre de familia de la madre | Nombre del padre |
|-----------------------------|--------|-------------------------------|------------------|
|-----------------------------|--------|-------------------------------|------------------|

| Nombre del cónyuge | Fecha de nacimiento del cónyuge | Núm. de seguro social (SSN) del cónyuge |
|--------------------|---------------------------------|---|
|--------------------|---------------------------------|---|

| | | |
|---|---|--------------------|
| Empleador del cónyuge | Dirección | Número de teléfono |
| Ocupación | Tiempo que estuvo empleado | Tarifa de pago |
| Actual ingreso familiar mensual (ganado o no) | Tipo de ingreso (IDA, Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas, manutención de hijos, ingreso del cónyuge, trabajo) | |
| Compañía aseguradora | Valor en efectivo | Pensión |
| | | Monto |

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS Y PASIVOS

| Cuenta | N.º de cuenta | Banco | Titular de la cuenta | Saldo actual |
|-------------------------------------|---------------|---|----------------------|--------------|
| Caja de ahorro | | | | |
| Cuenta corriente | | | | |
| Fondo fiduciario | | | | |
| IRA (Cuenta personal de jubilación) | | | | |
| Certificado de depósito | | | | |
| Cupones para alimentos | | N/A | | |
| Bienes raíces en propiedad | | Ingreso generado por bienes inmuebles: \$ | Dirección: | |

Gastos: ¿Alquila? Sí No Monto: _____ Nombre que figura en el contrato: _____

¿Es propietaria? Sí No Monto de la hipoteca: _____ Nombre en el título: _____

Automóvil: Sí No Marca/modelo _____ Año _____ Pago: _____ Saldo: _____

Sí No Marca/modelo _____ Año _____ Pago: _____ Saldo: _____

Detección/información de responsabilidad ante terceros

Accidente con un vehículo:

- ¿Su visita se debe a un accidente con un vehículo? Sí No
 Marque con un círculo una opción: Automóvil Motocicleta Vehículo todo terreno Ciclomotor Peatón Bicicleta
- ¿Presentó una denuncia policial? Sí No Era el conductor Sí No Era el pasajero Sí No
- Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la agencia de orden público: _____ Caso n.º _____
- ¿Se presentó su reclamación del seguro? Sí No Compañía de seguro: _____
 Nombre del agente: _____ N.º de teléfono: _____
 Nombre del asegurado: _____
- Fecha y hora del accidente/de la lesión: _____ Lugar del accidente/de la lesión (dirección específica) _____
- Describa cómo se produjo el accidente/la lesión: _____
- ¿Tiene cobertura ante daños personas en su seguro del automóvil personal? Sí No
- Nombre de la compañía de seguro de su automóvil, dirección, teléfono y número de póliza: _____
- ¿Un tercero es responsable del accidente/de la lesión? Si la respuesta es sí, proporcione su nombre y dirección: _____
- ¿Participa otra compañía de seguro en este caso? Si la respuesta es sí, proporcione su nombre y número de teléfono: _____

Accidente relacionado con el trabajo:

- El accidente/la lesión, ¿se produjo en el trabajo?: Sí No Fecha y hora de la lesión: _____
- Lugar de trabajo de la persona lesionada al momento del accidente: _____
- ¿El empleador completó un informe de incidente? Sí No
- Nombre del supervisor/de la persona de contacto: _____ Teléfono: _____
- ¿Se denunció el incidente al Departamento de Policía? Sí No
- Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la agencia de orden público: _____ Número de denuncia: _____

Víctima de un delito:

1. La persona solicitante, ¿fue víctima de un delito? Sí No

Si la respuesta es sí, debe presentar una denuncia policial dentro de las 72 horas posteriores al delito para obtener el Crime Victims Program (Programa de Víctimas de Delito).

2. Fecha y hora de la lesión: _____ Lugar del accidente/de la lesión _____
(dirección específica)

3. ¿Se presentó una denuncia policial luego del delito? Sí No Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la agencia de orden público:

4. Describa cómo se produjo el accidente/la lesión: _____

Acción legal (preguntas obligatorias para la lista de responsabilidad ante terceros arriba mencionada)

1. ¿Inició acciones legales? Sí No ¿Pretende iniciarlas? Sí No

2. Si consultó con un abogado, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono: _____

3. ¿Alguna vez lo contactó un abogado o representante de una compañía de seguro por este asunto?

4. Si la respuesta es sí, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono: _____

5. ¿Recibió alguna liquidación por lesión? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información: Monto de la liquidación: _____ Fecha de la liquidación: _____

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN SOBRE LA INSTITUCIÓN Y EL REVISOR

Certifico que la información provista al entrevistador es certera en la medida de mis capacidades.

Firma de la persona solicitante

Fecha

Nombre y título del revisor

Fecha

(_____)
Número de teléfono del revisor