



PRE-SCREENING QUESTIONNAIRE

Part A

You may be eligible for Physicians Reach Out services if you meet all of the following conditions:

1. Resident of Mecklenburg County for at least 6 months
2. Provide proof of Family Income
3. Do you have proof of US Citizenship and or Resident Alien Status? Yes No
4. Have Low Income:

Family of 1 Income Limit: \$21,660	Family of 2 Income Limit: \$29,140
Family of 3 Income Limit: \$36,620	Family of 4 Income Limit: \$44,100

Definition of Family: Mom, Dad, and Children under 18 living with parents

Part B

To help us to determine if you qualify for Physicians Reach Out, please answer the following questions:

1. Are you **Pregnant**? Yes No
2. Are you Eligible for **Veterans' Benefits**? Yes No
3. Are you being treated by a doctor under **Worker's Compensation**? Yes No
4. Have you recently applied for/receiving **Medicaid or Medicare**? Yes No
5. Are you eligible for **Health Insurance** through your or your spouse's job? Yes No

If you answer YES to any of these questions you DO NOT QUALIFY for Physicians Reach Out

6. Do you have more than \$6,000 in a savings and/or checking account? Yes No
7. Have you been to a free or sliding scale clinic within the past two years?

If you feel you meet all the conditions in Part A and you have answered NO to all of the questions in Part B, you may be a candidate for Physicians Reach Out

CUESTIONARIO PRE-CALIFICATORIO

Parte A

Usted puede ser elegible para los servicios de Physicians Reach Out si reúne las siguientes condiciones:

1. Ser residente del Condado de Mecklenburg por al menos 6 meses
2. Presentar prueba de Ingresos Familiar
3. Puede probar que es residente Legal en los Estados Unidos? Si No
4. Tener Bajos Ingresos:

Ingreso Límite para Familia de 1: \$21,660	Ingreso Límite para Familia de 2: \$29,140
Ingreso Limite para Familia de 3: \$36,620	Ingreso Límite para Familia de 4: \$44,100

Definición de Familia: Mamá, Papá, e Hijos menores de 18 que viven con los padres

Parte B

Para ayudarnos a determinar si usted califica para Physicians Reach Out, por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Está Embarazada? Sí No
2. ¿Es usted elegible para **Beneficios de Veteranos**? Sí No
3. ¿Ha sido usted tratado por un doctor bajo **Compensación de Trabajo**? Sí No
4. ¿Esta aplicando o recibiendo **Medicaid o Medicare**? Sí No
5. ¿Le han **ofrecido Seguro Médico** a través de su trabajo o de su cónyuge? Sí No

Si usted ha contestado SI a alguna de estas preguntas usted NO CALIFICA para Physicians Reach Out

6. Tiene usted mas de \$6,000 en cuenta de ahorros y/o de cheques? Sí No
7. Ha tenido usted citas medicas en Clínicas gratuitas o de pagos por escala, en los dos ultimos años? Sí No

Si usted considera que reúne todas estas condiciones de la Parte A y ha contestado NO ha todas las preguntas de la Parte B; usted puede ser un candidato para Physicians Reach Out

INFORMACIÓN DE LA CITA:

Día: _____ Hora: _____

**** SI USTED NO HABLA INGLES, DEBE TRAER UN INTERPRETE**
SIN EXCEPCIONES!**

INSTRUCCIONES PARA EL PAQUETE DE APLICACIÓN

Hay un monto de \$ 20 no reembolsables que son utilizados para cubrir los gastos administrativos de la empresa. El pago de esta aplicacion no garantiza que sea aceptado en el programa de Physicians Reach Out (PRO). Aunque usted sea aceptado en el programa de PRO no se garantiza que todos los servicios esten en completa disponibilidad. PRO depende de la participacion voluntaria de medicos y otros proveedores de salud en la comunidad. PRO recibe parcialmente fondos de algunas becas y donaciones. El programa de PRO y los servicios de sus voluntarios pueden ser terminados en cualquier momento, si los fondos se encuentren no disponibles o suspendidos.

Para que usted pueda asistir a una cita, lo primero que debe hacer es obtener un Paquete de Aplicación de PRO el cual contiene 6 paginas (2 lados cada una).

El aplicante debe estar presente y llegar a tiempo para esta entrevista con la aplicación completa y con la documentación requerida.

Si usted no esta seguro de lo que una pregunta quiere decir o como contestarla, déjela en blanco y nosotros hablaremos con usted al respecto durante la entrevista.

Adjunta encontrará una lista de la mayoría de los documentos financieros que usted necesitará proveer para con su aplicación.

Por favor revise la lista y reúna toda la documentación que necesitará presentar.

Por favor enliste todos los ingresos y egresos de su familia, incluyendo mayores de 18 años.

Si está casado y está aplicando únicamente por usted, deberá incluir también el ingreso y la firma de su cónyuge.

Usted será entrevistado para determinar su elegibilidad, y este proceso tomará alrededor de una hora. Si usted llega con atraso se le solicitará cambiar la cita para otro día.

Si usted no puede asistir a esta cita, por favor llame a Cancelar con 24 horas de anticipación.

Gracias por su interés en Care Ring Physicians Reach Out!

DOCUMENTACION DE INGRESOS REQUERIDA

La siguiente documentación debe ser adjunta a la aplicación, **sin excepción alguna. Originals no serán aceptados.** Los documentos no serán retornados.

TODAS LAS COPIAS DEBERAN SER PROVISTAS

- **Documento de identidad con foto** – De todos los aplicantes de 18 años y mayores
- **Tarjeta del Seguro Social** , de cada persona que está aplicando
- **Prueba de Residencia Legal en los Estados Unidos (tarjeta de residencia permanente, certificado de nacimiento en los EEUU, pasaporte americano, tarjeta de votación en los EE.UU).**
- **Prueba de Ingresos de TODOS los miembros de la familia**, así no estén aplicando (18 años y mayores) :
 - Dos (2)cheques/colillas de pago actuales y consecutivos por CADA UNO de los miembros de la familia que trabaje, por CADA UNO de los trabajos que tenga, tiempo completo, medio tiempo, por temporada, temporal y free-lance. Deben mostrar el total (antes de impuestos) y el neto (después de impuestos retenidos) del pago.
 - Si los cheques de pago o colillas no pueden ser provistas, deberá traer una carta de su empleador especificando el Total y el Neto Ganado, en carta con membrete original, firmada y con fecha actual.
 - Si está haciendo trabajos varios, una certificación por escrito, indicando el promedio de ingresos mensuales por esos conceptos.
 - Negocio Propio/Trabaja para si mismo: lista detallando Ingresos y Egresos por 3 meses consecutivos y estados de cuenta bancaria.
- **Otros ingresos (si los tuviese) de TODOS los miembros de la familia** , así no esten aplicando:

▶ Beneficios del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____
▶ Beneficios de Desempleo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Monto : \$ _____
▶ Beneficios por Incapacidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____
▶ Pensión de retiro de una Empresa—Estados Unidos u otro país	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____
▶ Pension	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____
▶ Asistencia financiera del gobierno (Welfare)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____
▶ Asistencia de Alojamiento (Carta de la Autoridad de Asistencia de Alojamiento u otro Programa de Asistencia de Vivienda	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____
▶ TANF (Asistencia Temporal para familias)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____
▶ Compensación de Trabajo -Workman’s Compensation	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____
▶ Estampillas de Comidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____
▶ Carta de apoyo de familiares y/o amigos, incluyendo el valor del apoyo mensual (Carta de Soporte)			
▶ Manutención de sus hijos			
- **Estado de CUENTA Bancario reciente y COMPLETO de todas sus cuentas, de su esposa(o), e hijos**
- **Prueba de residencia en el Condado de Mecklenburg de los 6 meses pasados.**
- **Información de Seguro de Salud**
- **Orden de referencia?** Bethesda/C.W.Williams/Charlotte Comm. Health/Charlotte Volunteers/Free Clinic of OurTown/LakeNormanFreeClinic/MatthewsVolunteers/Others _____

PRESENTAR ORIGINALES (NO NECESITAMOS COPIAS)

- **Declaración de Impuestos** (Personal y de su Negocio_)
 - Declaración de Impuestos del año corriente, Forma 1040 o 1040 EZ, así como es presentado al Servicio de Renta Interna (IRS). IRS puede ser contactado al 1-800-829-1040.
- **Copia de sus facturas (gastos de la casa):**
 - Renta, Cupon de los pagos por vivienda, Agua, Gas/Electricidad, Teléfono, Cable/Direct TV/Dish, Internet, Comida, Pago de auto, Seguro de Auto, Gastos Médicos/Dentales, Préstamos Bancarios, Manutención por divorcio.



Approved

Denied

NEW APPLICATION

Date ____ / ____ / ____

Apellido		Nombre		Inicial	Seguro Social-W-7	
NBA ID <i>(Por favor dejar en blanco)</i>		Fecha de Nacimiento: mm/dd/aaaa		Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Raza
Dirección				P. O. Box <i>(solo para correo)</i>		
Ciudad		Estado		Código Postal		
Teléfono de Casa		Teléfono Alternativo		Teléfono Celular		Teléfono del Trabajo

Email: _____

Nombre del Doctor del Apicante		Nombre del Especialista del Apicante	
--------------------------------	--	--------------------------------------	--

Nombre del Doctor del Cónyuge		Nombre del Especialista del Cónyuge	
-------------------------------	--	-------------------------------------	--

Nombre del Pediatra		Nombre del Especialista del Niño	
---------------------	--	----------------------------------	--

Nombre del Contacto de Emergencia		Relación	Teléfono
-----------------------------------	--	----------	----------

Idioma	¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------	---

Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Asilo para Indigentes <input type="checkbox"/> Vive con Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Sin hogar	Vive en el Condado de Mecklenburg: _____ años _____ meses
--	---

Nombre de la Cabeza de Familia <i>(Por favor dejar en blanco)</i>	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión Libre	N° Miembros de la Familia:
---	---	----------------------------

Lista de Miembros de la Familia (sólo cónyuge e hijos)

Apellido	Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento mm/dd/aa	Sexo F/M	Estado Civil	Raza	SS # o W-7	¿Está aplicando por esta persona?
1.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Usted o alguno de los miembros enlistados en esta aplicación ha aplicado para Medicaid? Sí No ¿Quién?

¿Usted o alguno de los miembros de su familia ha servido las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No ¿Quién?

EGRESOS (Mensuales)

Por favor adjunte la copia que soporten la información indicada arriba

Renta/Mensualidad de Casa	\$
Agua	\$
Gas/Electricidad	\$
Teléfono (bajo su nombre)	\$
Cable/Direct TV/Dish	\$
Internet	\$
Comida	\$
Pago Mensual de Vehículo	\$
Seguro Mensual de Vehículo	\$
Gasolina	\$
Gastos Médicos/Dentales	\$
Escuela/Colegio/Préstamos Bancarios	\$
Manutención de niños (Pagando)	\$
Manutención por Divorcio (Pagando)	\$
Guardería	\$
Entretenimiento/Vacaciones	\$
Impuestos a la Propiedad (dividido en 12)	\$
Seguro de Casa (dividido en 12)	\$
Total Mensual de Egresos	\$

Firma del Apicante

Firma del Cónyuge

Día ____ / ____ / ____

Aceptación de las Directrices del Programa por parte del Paciente

Physicians Reach Out, un programa de Care Ring, no es un seguro médico. El programa ofrece servicios de salud que Care Ring Physicians Reach Out, sus médicos, socios y otros proveedores han donado o que ofrecen con un descuento. No se garantiza que se le puedan suministrar los servicios que usted necesita, o unos resultados específicos. Mientras que el programa Care Ring Physicians Reach Out continúe en vigencia, haremos todo lo posible por darle los servicios médicos que su doctor del Care Ring Physicians Reach Out solicite. Para continuar recibiendo servicios, usted tiene que mantener su elegibilidad y seguir las reglas del programa. El doctor que se le ha asignado es el único que va a aceptar su tarjeta de identificación de Care Ring Physicians Reach Out y solamente lo hará si ha seguido las reglas que siguen abajo.

Usted acuerda:

1. Asistir a cada cita médica. Se le puede retirar del programa si usted no asiste a dos o más citas en 12 meses y no llama para cancelar una consulta con su doctor, con un mínimo de 24 horas de anticipación.
2. Presentar su tarjeta de identificación de Care Ring Physicians Reach Out cada vez que asista a una consulta médica.
3. Llamar a su médico de Care Ring Physicians Reach Out para hacerle preguntas relacionadas con su cuidado médico. **Debe llamar a su médico asignado por Care Ring Physicians Reach Out, antes de ir a la sala de emergencia, excepto en caso de vida o muerte.**
4. Seguir el plan de tratamiento. Por ejemplo, comprar las medicinas que se le recetan y tomarlas de acuerdo a las indicaciones del médico.
5. **Efectuar todos los pagos o hacer planes de pago con el proveedor de salud antes de recibir tratamiento médico.**
6. Ir al médico y al hospital que se le han asignado. No puede cambiar de médico o del hospital sin tener permiso de Care Ring Physicians Reach Out.
7. Dar rápidamente la información que su médico o que Care Ring Physicians Reach Out le soliciten.
8. Reportar toda su información médica y financiera correctamente.
9. Permitir que su médico de Care Ring Physicians Reach Out comparta su información médica con Care Ring Physicians Reach Out para coordinar su cuidado médico. Recibirá por separado una planilla de consentimiento que debe firmar.
10. Permitir que Care Ring Physicians Reach Out comparta información de su participación con Care Ring Physicians Reach Out con otras personas, organizaciones y agencias.
11. Estar al tanto de la fecha de vencimiento de su elegibilidad y no pedir asistencia médica como miembro de Care Ring Physicians Reach Out después que ya no sea elegible para recibir tratamiento. Solicitar su renovación antes de la fecha de vencimiento cuando Care Ring Physicians Reach Out se lo notifique.
12. Ponerse en contacto inmediatamente con Care Ring Physicians Reach Out al 704-375-0172 si sus ingresos cambian o empieza a recibir beneficios de Medicare, Medicaid, seguro privado, otro seguro médico o beneficios médicos.
13. Solicitar Medicaid u otro tipo de ayuda si Care Ring Physicians Reach Out le pide que lo haga.
14. Ponerse en contacto inmediatamente con Care Ring Physicians Reach Out al 704-375-0172 para reportar cualquier cambio de dirección, número de teléfono o número de miembros en su familia.
15. Tratar a todos los médicos, al personal de las oficinas y a los voluntarios del Care Ring Physicians Reach Out con respeto.
16. Evitar el uso de sustancias ilegales y el comportamiento ilegal.

Al firmar abajo, usted acepta seguir estas normas. Si no sigue con estas directrices, puede ser retirado/a del programa.

Paciente/Custodio

Cónyuge

Día _____ / _____ / _____



AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MEDICA Y COMO USTED PUEDE OBTENER INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE

OBLIGACIONES LEGALES DE PHYSICIANS REACH OUT

La ley exige que PHYSICIANS REACH OUT, un programa de Care Ring, proteja la privacidad de su información personal, que le demos a usted este aviso de cómo comunicamos información y de cómo seguimos las prácticas que se describen aquí.

USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA

Ante todo, PHYSICIANS REACH OUT usa su información médica personal para que usted pueda obtener tratamientos; para obtener pago por los tratamientos; para dirigir las actividades administrativas internas y evaluar la calidad del cuidado que damos. Por ejemplo, PHYSICIANS REACH OUT puede usar su información médica personal para ponerse en contacto con usted para darle información de sus responsabilidades en cuanto al programa, de los límites de medicinas o de otros beneficios de salud que puedan interesarle.

PHYSICIANS REACH OUT también puede usar o divulgar su información médica personal sin tener autorización previa por razones de salud pública, de auditoría, de estudios de investigación y de emergencias. También proveemos información cuando la ley lo requiere.

En cualquier otra situación, la política de PHYSICIANS REACH OUT es la de obtener su permiso por escrito antes de divulgar su información médica personal. Si usted nos da el permiso por escrito para divulgar su información por cualquier razón, usted puede revocar ese permiso en cualquier momento para eliminar las divulgaciones en el futuro.

PHYSICIANS REACH OUT puede cambiar su política en cualquier momento. Publicaremos un nuevo Aviso de cómo usamos la información del paciente cuando se hagan cambios.

DERECHOS PERSONALES DE LOS CLIENTES

Usted tiene el derecho de revisar o de obtener una copia de su información médica personal en cualquier momento. Usted tiene el derecho de pedir que corriamos cualquier información incorrecta o incompleta en su expediente médico. Usted también tiene el derecho de pedir una lista de instancias cuando hemos divulgado su información médica personal por razones que no son del tratamiento, del pago u otros asuntos de la administración.

Usted también puede pedir por escrito que no usemos o divulguemos la información médica personal de su tratamiento, de su pago y de asuntos de la administración, excepto cuando usted lo autoriza, cuando la ley lo exige o en caso de una emergencia. PHYSICIANS REACH OUT considerará todas estas peticiones, caso por caso, pero la ley no obliga a PHYSICIANS REACH OUT a aceptarlas.

INTERES Y QUEJAS

Si está preocupado porque piensa que es posible que PHYSICIANS REACH OUT haya violado su derecho a la privacidad, o si no está de acuerdo con cualquier decisión que hemos tomado al obtener o divulgar su información médica personal, por favor póngase en contacto con nuestro Privacy Officer (el nombre y la dirección se encuentran abajo). Usted también puede mandar una queja por escrito al US Department of Health and Human Services. Para obtener más información de cómo PHYSICIANS REACH OUT usa su información médica o si tiene una queja, por favor póngase en contacto con:

Katie Benston
601 E. 5th Street, Suite 150
Charlotte, NC 28202
Telephone: 704-248-3723
Fax: 704-943-3747

Date: _____ / _____ / _____

Paciente /Custodio

PARA SU CONOCIMIENTO

Yo, autorizo a Physicians Reach Out, un programa de Care Ring, contactarme y dejar información relacionada con mí cuidado de salud, en caso de no encontrarme disponible, bajo los siguientes métodos:

Teléfono de la Casa	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Correo de Voz /Casa	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Teléfono Celular	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Correo de Voz	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Teléfono del Trabajo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Correo de Voz /Trabajo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Personas autorizadas para recibir su información:

1. **Nombre:** _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____
 2. **Nombre:** _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Date: _____/_____/_____

Paciente / Custodio

Cónyuge

¿Ha tenido usted citas médicas en alguna de estas clínicas en el Condado de Mecklenburg en los últimos 24 meses? *(Por favor señale todas a las que ha aplicado y la razón de la visita)*

Carolinas Medical Center
Biddle Point Sliding Scale Clinic
1801 Rozzelles Ferry Road

Carolinas Medical Center
North Park Sliding Scale Clinic
251 Eastway Drive

Carolinas Medical Center
Eastland Sliding Scale
5516 Central Avenue

Carolinas Medical Center
Myers Park Sliding Scale Clinic
1350 S. Kings Drive

C. W. Williams (formerly called *Metrolina*)
3333 Wilkinson Blvd
1918 Randolph Rd.

Free Clinic of Our Town
(Ada Jenkins)
212 Gamble St.

Charlotte Community Health Clinic
3040 A Eastway Drive

Matthews Heath Clinic
113 Ames St.

Bethesda Health Center 133
Stetson Drive

Lake Norman Free Clinic
121 N Old Statesville Rd.

Charlotte Volunteers in Medicine
1330 Spring St.

New Patient Demographic

Date: _____ / _____ / _____

**Nombre del
Aplicante:**

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Dirección:

Ciudad

Estate

Código Postal

Teléfono:

1. ¿Vive en el Condado de Mecklenburg? Sí No

2. ¿Cómo supo de Physicians
Reach Out?

3. ¿Quién está
aplicando?

Usted

Cónyuge

Hijos

Otro

a) Por favor escriba las edades de sus hijos
incluidos arriba:

1) 2) 3) 4) 5)

4. ¿Alguno de los miembros de su familia indicados arriba recibe Medicaid /Health
Choice? Sí No

Por favor, escriba
quién:

5. ¿Alguno de los miembros de su familia indicados arriba recibe Medicare? Sí
 No

Por favor, escriba
quién:

6. ¿Alguno de los miembros de su familia indicados arriba está trabajando? Sí
 No

Por favor, escriba
quién:

7. ¿Alguno de los miembros de su familia indicados arriba reciben otros beneficios?
 Sí No

*[Seguro Social, Beneficios de Desempleo, Compensación de Trabajo (Workman's
Compensation), Pensión de Retiro de Trabajo (de EEUU o de otro país),
Manutención de Niños, Estampillas de Comida, Asistencia de Alojamiento, Work
First, TANF, etc.]*

8. ¿Alguno de los miembros de su familia recibe seguro médico a través de su trabajo?
 Sí No

Por favor, escriba
 quién: _____

9. ¿Ha sido ofrecido seguro médico algún miembro de su familia, pero no puede pagarlo?

Sí No Por favor, escriba
 quién: _____

10. ¿Está usted recibiendo ayuda de algún familiar y/o amigo? Sí No

11. ¿Ha tenido usted citas médicas en alguna de estas clínicas en el Condado de Mecklenburg en los últimos 24 meses? *(Por favor señale todas a las que ha aplicado y la razón de la visita)*

Carolinas Medical Center
Biddle Point Sliding Scale Clinic
 1801 Rozzelles Ferry Road

Carolinas Medical Center
North Park Sliding Scale Clinic
 251 Eastway Drive

Carolinas Medical Center
Eastland Sliding Scale
 5516 Central Avenue

Carolinas Medical Center
Myers Park Sliding Scale Clinic
 1350 S. Kings Drive

C. W. Williams (formerly called *Metrolina*)
 3333 Wilkinson Blvd
 1918 Randolph Rd.

Free Clinic of Our Town
(Ada Jenkins)
 212 Gamble St.

Charlotte Community Health Clinic
 3040 A Eastway Drive

Matthews Heath Clinic
 113 Ames St.

Bethesda Health Center 133
 Stetson Drive

Lake Norman Free Clinic
 121 N Old Statesville Rd.

Charlotte Volunteers in Medicine
 1330 Spring St.

12. ¿Ha tenido seguro médico en el pasado? Sí No

**Si usted contestó que si, por favor indíquenos por qué no lo tiene actualmente: _____

¿En qué otra manera le podemos ayudar?

Nombre del aplicante:

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Número de teléfono: _____

Email: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas. Sus respuestas no afectarán su aceptación en el programa. Un empleado de Care Ring lo contactará para discutir sus respuestas.

Por favor señale todas las que aplican:

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anticipa tener dificultades llegar a sus citas médicas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Necesita cuidado dental |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Necesita cuidado de la vista |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene dificultades pagar por sus medicamentos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se siente triste con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No tiene suficiente alimentación |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lucha por pagar los gastos de la casa |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene alguna antecedente de abuso de drogas u alcohol |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene alguna antecedente de violencia, abuso, o abandono |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Le preocupa la deuda médica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Necesita consejos o servicios de orientación |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quiere saber más acerca de recursos comunitarios para niños |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quiere información acerca de opciones para viviendas a un precio económico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Le interesa aprender cómo vivir una vida sana y escoger alimentación saludable |

¿Le interesa participar en un encuentro social mensual para compartir sus experiencias y aprender como vivir una vida sana? Si le interesa, indique cuando sería disponible.

Día(s): _____ Horas: _____

Es Ud. conciente de la clínica de bajo costo que tiene Care Ring?

Por favor señale cuales de las siguientes enfermedades tiene (o ha tenido en los últimos 12 meses):

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes / Alto o bajo nivel de azúcar en la sangre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de corazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema pulmonar / Otros problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de presión arterial alta/baja |

¿Cuántas veces ha estado Usted en la sala de emergencia en los últimos 12 meses?

¿Cuántas veces ha estado Usted hospitalizado en los últimos 12 meses? _____

Cuéntanos su Historia

Reunimos historias personales de salud que demuestran que tan impactante es no tener seguro médico para que el público, los medios de comunicación, y legisladores entiendan la importancia de tener atención médica asequible y de buena calidad. ¡Todos tenemos una historia importante! Compartiendo su historia puede ejemplificar las experiencias y luchas que se enfrentan la gente de nuestra comunidad en tratar de obtener asistencia médica.

Nunca usaremos su historia sin su consentimiento ni sin ponernos en contacto primero. Su identidad e información personal se considerarán confidencial.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ (casa) _____ (celular)

Email: _____

Por favor díganos su historia en el espacio abajo. Quizás le ayudará empezar con:

Me preocupa no tener seguro médico porque:

Demoré ir al médico porque:

Me preocupa el costo de asistencia médica porque:

No tener acceso a asistencia sanitaria ha significado que:

¡Muchas gracias por compartir su historia!

Para más información:

Tel: (704) 248-3724

Fax: (704) 943-3748

Email: rkehrer@careringnc.org

LETTER OF SUPPORT

Date: _____

I, _____ (name of person providing support),
pay rent and utilities on behalf of *or* for _____ (person
being supported). I am not financially responsible for his /her bills or able to buy his /her
medications. I provide room and board in the amount of \$ _____ per month (dollar value
of support).

Signature

Printed Name

Address

Phone Number

CARTA DE SOPORTE

Fecha: _____

Yo, _____ (nombre de la persona que le brinda el apoyo) certifico que pago la renta y servicios (electricidad, teléfono, agua) a favor de _____ (nombre de la persona beneficiada). A la vez aclaro que no soy responsable financieramente del pago de sus deudas ni estoy en condiciones de suministrarle sus medicinas. Yo le proveo vivienda y/o comida por el valor de \$_____ al mes (valor del apoyo).

Firma

Nombre y Apellido

Dirección

Teléfono

HEALTH INSURANCE INFORMATION REQUEST

To be completed by Employer Only

Please answer the following questions regarding the employee:

1. Is **HEALTH INSURANCE** currently available for his/her purchase through the company?
 Yes No

If the answer is NO, will he/she be eligible on a future date? Yes No
On What Date? ____/____/____

2. If the health insurance is available currently or in the future, is it also available for purchase for his/her family members? Yes No

3. When is Open Enrollment Season for health insurance through the company? ____
/ ____ / ____

4. If employee chooses to enroll in the insurance plan through the company, what date will the insurance take effect? ? ____/____/____

5. How much would the Monthly Premium be?

Individual \$ _____ **Family** \$ _____

6. How much would the Deductible be?

Individual \$ _____ **Family** \$ _____

PLEASE ATTACH THE SUMMARY OF BENEFITS FOR EACH PLAN

Date: ____/____/____

Manager's Name _____

Manager's Signature: _____

Please Remember to Attach Your Business Card or Business Stamp!!

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

Para completar únicamente por Empleador

Por favor responder las siguientes preguntas en referencia a su empleado

1. ¿Es actualmente ofrecido **SEGURO DE SALUD** para su empleado(a) a través de su compañía? **Sí** **No**

Si la pregunta es NO, será elegible en una fecha futura? **Sí** **No**
En qué día? ____/____/____

2. Si el Seguro de Salud es disponible actualmente o en un futuro, es disponible para el resto de los miembros de la familia? **Sí** **No**

3. ¿Cuándo es la fecha de Apertura para la Inscripción? ____/____/____

4. Si el empleado decide inscribirse en el Plan de Salud, ¿Cuándo sería efectivo el mismo? ____/____/____

5. ¿Cuánto sería el valor Mensual del Premium?

Individual \$ _____ **Familiar** \$ _____

6. ¿Cuánto sería el valor del Deducible?

Individual \$ _____ **Familiar** \$ _____

POR FAVOR ADJUNTE EL SUMARIO DE BENEFICIOS POR CADA PLAN

Día: ____/____/____

Nombre del Manager _____

Firma del Manager: _____

Por favor Recuerde Adjuntar su Tarjeta de Presentación o Estampilla del Negocio