

AYUDA PARA LA APLICACIÓN DE LA W.V.H.A. TARJETA DE SALUD

Por favor, siga estos 3 pasos:

PASO 1:



Tiene que aplicar a Ley de Aseguransa (ACA) de modo que pueda proporcionar una copia de sus resultados de Elegibilidad (a menos que usted es no sea ciudadano o personas sin hogar). **3 maneras de aplicar para ACA:**

1) Haga una cita con **Family Health Source**, tienen consejeros



certificados que pueden ayudarle a hacer su aplicación. Se pueden imprimir sus resultados de inmediato. Llame al: **(386) 734-1026 / (386) 532-1101**

2) Por teléfono, 24 horas/7 días a la semana, llame al **(800) 318-2596**. Tiene que esperar que sus resultados llegen por correo.

3) Online: **www.CUIDADODESALUD.gov**, puede imprimir sus resultados de inmediato

NO CIUDADANO:



No necesita resultados de ACA, pero necesitará la negación de Medicaid. Usted necesita ir a la Asociación Campesina para obtener un formulario en lugar de los resultados de ACA. Dirección y Teléfono: **111 Fountain Dr., Pierson, FL 32180 (386) 749-9826**

SIN HOGAR:



No necesita resultados de ACA, pero necesitará la negación de Medicaid Y carta de verificación que esta sin hogar. Si usted elige hacer ACA, eso está bien, sus resultados incluyen la negación de Medicaid. Para carta de verificación vaya a **434 S Woodland Blvd, Deland, FL. 32720 (386) 734-8120**

PASO 2:



Llene completamente la Aplicación de papel de **WVHA Tarjeta de Salud**; reuna todos los documentos que le piden.

PASO 3:



Haga una cita con **The House Next Door** para entregar todo. Llame al: **386-626-4745 o 386-860-1776**

Si es aprobado, se tarda 2-4 semanas para llege por correo.

NO DEJE QUE SE EXPIRE SU TARJETA DE SALUD!!!

The House Next Door

Personas que DEJAN QUE SU TARJETA SE EXPIRE solo son elegibles para aplicar para la tarjeta WVHA durante el PERIODO CERRADO DE ACA si es que QUALIFICA pare un Periodo Especial de Inscripcion. Si no tendra que esperar asta Periodo Abierto de Inscripcion de ACA para poder aplicar para La Tarjeta de Salud WVHA.

DIRETRICES DE LA POBREZA DEL 2016 PARA LOS 48 ESTADOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA		
Cuántas personas en la familia/hogar	Directriz la Pobreza	150%
1	\$ 11,880.00	\$ 17,820.00
2	\$ 16,020.00	\$ 24,030.00
3	\$ 20,160.00	\$ 30,240.00
4	\$ 24,300.00	\$ 36,450.00
5	\$ 28,440.00	\$ 42,660.00
6	\$ 32,580.00	\$ 48,870.00
7	\$ 36,730.00	\$ 55,095.00
8	\$ 40,890.00	\$ 61,335.00

Para las familias y los hogares con más de 8 personas, agregue \$4,160 por cada persona adicional

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Sección 12.09 Apéndice E - Límites de activos

No qualifica, si tiene mas de estos limites

Programa de Tarjeta de Salud de WVHA LÍMITES DE ACTIVOS

Si los activos de la unidad familiar disponibles son <= de la figura en el gráfico para una casa del mismo tamaño y, a continuación, el paciente ha cumplido con el criterio de activos del Programa de la tarjeta de Salud de WVHA.

Si los activos de la unidad familiar disponibles son > de la figura en el gráfico para una casa del mismo tamaño, entonces el solicitante no es elegible para participar en el Programa de la tarjeta de Salud de WVHA.

UNIDAD FAMILIAR	LIMITE DE ACTIVOS
1	\$5,000
2	\$5,500
3	\$6,000
4	\$6,500
5	\$7,000
6	\$7,500
7	\$8,000
8	\$8,500
9	\$9,000
10	\$9,500

Para cada persona adicional \$500

http://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/pdf/mma/Public_Notice.pdf

Estos límites siguen los límites establecidos en el programa Medicaid Gastos Compartidos, que podrá actualizarse en consecuencia.

Tiene que vivir en algun de estos codigos, para qualificar

Sección 12.10 Apéndice F - Códigos postales incluidos en el Distrito

West Volusia Hospital Authority Taxing District Los códigos postales

32102	Astor * (Sólo en el lado del condado de Volusia) Si la dirección tiene 5 números - es el lado del condado de Lake Barberville
32105	DeLeon Springs
32130	Pierson
32180	Seville
32190	Cassadaga
32706	DeBary
32713	DeLand * (Sólo en el lado del condado de Volusia) Si la dirección tiene 5 números
32720	- es el lado del condado de Lake County
	DeLand (P.O. Boxes) MUST also show physical address in document.
32721	Glenwood
32722	DeLand
32723	DeLand
32724	DeLand
32725	Deltona
32728	Deltona
32738	Deltona
32739	Deltona
32744	Lake Helen
32754	Mims * (Sólo en el condado de Volusia)
32763	Orange City
32764	Osteen
32774	Orange City

* Estos códigos postales se solapan con otros condados. Buscar registro propiedad de Condado de Volusia evaluador o recaudador de impuestos para confirmar que están localizados dentro del condado.



SOLICITUD DE TARJETA DE SALUD DE WVHA

Fecha de la
Solicitud:

Sección 1: Información de la Solicitud. Todos los miembros del Hogar pueden solicitar a través de la misma solicitud. Por favor indique a todos solicitantes en la Sección 2, "Miembros del Hogar".

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Soltera u Otro Nombre
----------	--------	----------------	-----------------------------------

Dirección (en donde reside)

Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
--------	---------	--------	---------------

Dirección para Envíos

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

¿Hace cuánto vive en esa residencia?	Temp/Perm	Renta/Propio/Otro	Teléfono Para el Día	Teléfono para la Noche
--------------------------------------	-----------	-------------------	----------------------	------------------------

Fecha de Nacimiento	Sexo (encierre uno) Masculino Femenino	Número de Seguro Social
---------------------	---	-------------------------

Dirección de anterior si es menor a 3 meses

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Sección 2: Miembros del Hogar. Mencione al cónyuge, hijos dependientes, hijastros, hijos adoptados, menores sin parentesco con prueba de custodia, hijos mayores de 18 años y hasta los 24 años de edad que sean estudiantes de tiempo completo y hayan sido declarados en la declaración de impuestos de los padres como dependientes.

Nombre	Solicitando la Tarjeta de Salud	Fecha de Nac.	Parentesco	# Seguro Social
1.	Sí No (encierre uno)			
2.	Sí No (encierre uno)			
3.	Sí No (encierre uno)			
4.	Sí No (encierre uno)			
5.	Sí No (encierre uno)			
6.	Sí No (encierre uno)			
7.	Sí No (encierre uno)			
8.	Sí No (encierre uno)			

Sección 3: Autorización para Liberar Información Médica y de Salud Individualmente Identificable Protegida (PHI).

Todos los solicitantes mayores de 18 años de edad deben firmar abajo o la solicitud quedará como pendiente.

A nombre propio y a nombre de cualquier miembro de familia que solicita que es menor de 18 años de edad, yo por el presente autorizo a West Volusia Hospital Authority (WVHA), a Northeast Florida Health Services, Inc. (NFHS) y a cualquier otro sucesor y/o asignado y a cualquier otro proveedor subcontratado o participante, liberar e intercambiar cualquier información relacionada con registros médicos e información de salud individualmente identificable protegida (PHI) en sus respectivas capacidades como entidades cubiertas bajo la HIPAA y según lo permitan las leyes estatales y federales, incluyendo pero sin estar limitado a, datos, registros e información que sean necesarios para proporcionar cuidados médicos y/o administrar el Programa de Tarjeta de Salud para Indigentes de WVHA.

Yo por el presente renuncio, abandono y libero a las organizaciones arriba mencionadas y a quienes se les ha otorgado el poder para liberarse información los unos a los otros y a otros, de todos y cualquiera de los reclamos que surjan de mi autorización para liberar esta información de conformidad con los términos de este documento.

Una fotocopia de esta Autorización es considerada igual de válida como el original. Usted tiene derecho a crear y regresar una fotocopia de esta autorización. La autorización arriba referid sobre los registros médicos deberán permanecer vigente de manera indefinida salvo que se dé por terminada mediante notificación por escrito.

Yo certifico que la información dada a mí con el propósito de calificar para el Programa de Tarjeta de Salud de WVHA es verdadera y correcta. Yo entiendo y por la presente autorizo a WVHA y a sus agentes para llevar a cabo tal investigación, incluyendo pero sin estar limitado a, obtener mi reporte de crédito, según sea necesario para verificar la precisión de la información proporcionada. Yo entiendo que cualquier falsedad por evidencia de presentación u omisión podría resultar en mi terminación del Programa de Tarjeta de Salud de WVHA.

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha



FORMATO DE VALORACIÓN DE LA TARJETA DE SALUD DE WVHA

Revisado por (Representante THND): _____

Instrucciones: Por favor complete este formato por completo. Este debe ser completado por todos los solicitantes mayores de 18 años de edad, incluyendo cónyuges legales que no están solicitando. *No proporcionar Formatos de Valoración de LA Tarjeta de Salud de WVHA por separado resultará en que la solicitud quede como pendiente.*

Sección 1: Información General.

Fecha	Nombre del Solicitante	Fecha de Nacimiento	Clínica
-------	------------------------	---------------------	---------

Sección 2: Información del Seguro Médico.

2.1 ¿Tiene usted cualquier Seguro Médico?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor indique Aseguradora y # de ID:</i> _____	<input type="checkbox"/> No
2.2 ¿Es usted elegible para Beneficios COBRA a través de su empleador actual/anterior?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.3 ¿Tiene usted Medicare A o B?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor indique la cobertura con la que cuenta y la fecha de vigencia</i> _____	<input type="checkbox"/> No
2.4 ¿Recibe usted asistencia en cuidados a la salud u otro apoyo distinto al de WVHA?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor indique la asistencia y/o ayuda que recibe y la fecha de vigencia</i> _____	<input type="checkbox"/> No
2.5 Si busca servicios para una herida, ¿está su herida relacionada con su trabajo o es por accidente de automóvil?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor describa</i> _____	<input type="checkbox"/> No

2.6 Se requiere comprobante de solicitud de Medicaid o negación. Por favor asegúrese en este momento de enviar su solicitud. (requerido para personas que no son ciudadanos)

Sección 3: Tamaño de la Familia.

3.1 Estado Civil (Encerrar Uno):	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Soltero(a)	Viudo(a)
3.2 ¿Tiene hijos dependientes viviendo en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, ¿cuántos?</i> _____	<input type="checkbox"/> No			

Sección 4: Identificación.

4.1 ¿Cuenta con una Licencia para Conducir o con una Identificación expedida por el gobierno?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione una copia de la identificación</i>	<input type="checkbox"/> No
---	---	-----------------------------

4.2 Se requiere de dos (2) formas de identificación, una (1) debe ser una identificación con fotografía. Por favor encierre cualquier otra prueba de identificación proporcionada distinta a una Licencia para Conducir.

Identificaciones Sin Fotografía:

- Tarjeta de Seguro Social
- Certificado de Nacimiento
- Certificado o Documento Oficial con Nombre, Dirección y Número de Seguro Social

Identificaciones Con Fotografía:

- Pasaporte
- Tarjeta de Residente Permanente
- Formato I-151
- Formato I-551
- Identificación con Fotografía de la Asociación de Granjeros de Florida

Sección 5: Residencia.

<p>5.1 ¿Es dueño de la casa en la que vive?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione el comprobante del Impuesto Predial del año actual o del año anterior</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>5.2 ¿Usted renta?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione una copia actualizada de su Contrato de Renta o el Formato de Verificación de Renta</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>5.3 ¿Vive en la casa de alguien más?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione el Formato de Verificación de Apoyo</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>5.4 ¿Se considera usted sin hogar?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione Formato de Verificación de Persona sin Hogar</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>

5.5 Todos los documentos de prueba de residencia deben mostrar la dirección dentro del Distrito Fiscal WVHA y deben ser de los últimos tres meses. Dos (2) documentos de residencia son requeridos, a no ser que el solicitante sea indigente. Los indigentes solamente necesitan presentar el Formato de Verificación de Indigencia.

Por favor encierre cualquier otra prueba de residencia proporcionada:

- Recibos de Servicios (Electricidad, Agua, Teléfono, Gas, etc.)
- Registro de vehículo a nombre del solicitante/cónyuge
- Prueba de niños registrados en West Volusia School
- Correo recibido por un periodo de tres (3) meses
- Pago de hipoteca

Sección 6: Información Financiera.

<p>6.1 ¿Ha usted estado empleado durante las últimas 8 semanas?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, complete la información de abajo y proporcione los talones de pago de las 8 semanas anteriores o Verificación DFC de Empleo/Formato de Pérdida de Ingreso</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
--	--	------------------------------------

Nombre del Empleador	Tarifa de Pago (encierre uno) Por Hora Por Día Semanal Quincenal Mensual
----------------------	---

Dirección del Empleador		
Ciudad	Estado	Código Postal
6.2 ¿Ha perdido usted su empleo durante las últimas 8 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione Verificación DFC de Empleo/Formato de Pérdida de Ingreso</i>	<input type="checkbox"/> No
6.3 ¿Usted trabaja por su cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione el Calendario de Trabajo WVHA de 8 semanas o el estado comercial financiero del último trimestre</i>	<input type="checkbox"/> No
6.4 ¿Está recibiendo beneficios por Desempleo o por Compensación al Trabajador?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione los Documentos por Desempleo o Compensación al Trabajador</i>	<input type="checkbox"/> No
6.5 ¿Alguien más le apoya financieramente?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione copia notariada del Formato de Verificación de Apoyo</i>	<input type="checkbox"/> No
6.6 ¿Recibe Beneficios Militares o de Veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación sobre beneficios</i>	<input type="checkbox"/> No
6.7 ¿Recibe algún arreglo monetario?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación del arreglo monetario.</i>	<input type="checkbox"/> No
6.8 ¿Recibe Asistencia para Alimentos?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación de apoyo de DCF Florida junto con la cantidad aprobada.</i>	<input type="checkbox"/> No
6.9 ¿Está recibiendo alguna Pensión mensual o Ingresos por Jubilación?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación con la cantidad que recibe, de ser aplicable</i>	<input type="checkbox"/> No
6.10 ¿Recibe Ingresos por Pensión Alimenticia/ Pensión Alimenticia para los Niños?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación con la cantidad que recibe, de ser aplicable</i>	<input type="checkbox"/> No
6.11 ¿Recibe algún ingreso de propiedades en renta?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione la cantidad del ingreso por renta y el acuerdo de renta</i>	<input type="checkbox"/> No
6.12 ¿Recibe Beneficios por Discapacidad/Ingresos por Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, por favor proporcione documentación de apoyo</i>	<input type="checkbox"/> No

Sección 7: Lista de todas las Fuentes de ingreso para el Hogar (por ejemplo, Ayuda Temporal para Familias Necesitadas, Ingresos por Dividendos/Intereses, Beca por Capacitación, Compensación por Lesión/Arreglo, Regalos de Iglesias/familias/organizaciones, etc.). Por favor proporcione toda la documentación de apoyo para cualquier ingreso listado abajo.

Nombre de la Persona	Tipo de Ingreso	Fuente de Ingreso o Patrón	Ingreso Mensual (previo a deducciones)

Sección 8: Bienes

<p>8.1 ¿Tiene usted una cuenta de cheques/ahorros?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><i>De ser Sí, por favor proporcione una copia de los estados de cuentas para todas las cuentas para los últimos 3 meses</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>8.2 ¿Es dueño de un negocio?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><i>De ser Sí, por favor proporcione los estados de cuenta para su cuenta de banco y los estados de cuenta comerciales para el último trimestre</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>8.3 ¿Es dueño de alguna(s) propiedad(es) en otros condados /Estados o países (incluyendo propiedades para renta de las cuales es dueño)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><i>De ser Sí, por favor mencione abajo todas sus propiedades, incluyendo lotes, y proporcione cualquier documentación sobre hipotecas para bienes distintos a su residencia permanente</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>Dirección de la Propiedad</p>	<p>¿Es esta una propiedad para renta?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Dirección de la Propiedad</p>	<p>¿Es esta una propiedad para renta?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Dirección de la Propiedad</p>	<p>¿Es esta una propiedad para renta?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>8.4 ¿Ha usted vendido o transferido la propiedad de un título a cualquiera en los últimos 3 años?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><i>De ser Sí, por favor mencione abajo todas sus propiedades, incluyendo lotes</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>Dirección de la Propiedad</p>	<p>¿Es esta una propiedad para renta?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Dirección de la Propiedad</p>	<p>¿Es esta una propiedad para renta?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Dirección de la Propiedad</p>	<p>¿Es esta una propiedad para renta?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

<p>8.5 ¿De cuántos automóviles, vehículos motorizados o motocicletas es dueño?</p> <p>Un automóvil solamente debe ser registrado en el formato de valoración de <u>un solicitante</u></p>	<p>_____</p> <p><i>Para dos o más vehículos incluya el registro del (de los) vehículo(s) y las millas actuales.</i></p>	
<p>8.6 ¿Es dueño de algún vehículo recreacional?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><i>Si es dueño, por favor proporcione el registro del (de los) vehículo(s).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>

Sección 9: Lista De Fuentes de Bienes para el Hogar (por ejemplo, IRAs, CDs, herencias, pensiones, acciones, fondo de fideicomiso, valor en efectivo de una póliza de vida, etc.). Por favor proporcione toda la documentación de apoyo para cualquier bien listado abajo.

Tipo de Bien	Fuente del Bien	Cantidad	Mensual o Suma Global	
			<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Suma Global
			<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Suma Global
			<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Suma Global
			<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Suma Global
			<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Suma Global

Sección 10: Certificación de la Solicitud.

Yo certifico que la información proporcionada por mí con el fin de calificar para el Programa de Tarjeta de Salud de WVHA es verdadera y correcta. Yo entiendo y por la presenta autorizo a WVHA y a sus agentes a conducir cualquier investigación, incluyendo pero sin estar limitada a, obtener mi reporte de crédito, según sea necesario y en cualquier momento durante el proceso de solicitud, registro o después de que los beneficios hayan sido asignados para verificar la precisión de la información proporcionada. Yo entiendo que cualquier falsedad por evidencia de presentación u omisión podría resultar en mi terminación del Programa de Tarjeta de Salud de WVHA.

Firma de la Personal o Representante Legal	Fecha
--	-------



Verificación de Renta de WVHA

Instrucciones: Por favor complete este formato en su totalidad. *El no presentar toda la información en el formato de Verificación de Renta resultará en que su solicitud sea marcada como Pendiente.*

Sección 1: Información General.

Fecha:	Nombre del Solicitante:	Fecha de Nacimiento:	Últimos Cuatro Dígitos del SSN:
--------	-------------------------	----------------------	---------------------------------

Sección 2: Yo actualmente resido en.

Dirección			
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

2.1 La renta mensual es de \$_____.

2.2 Yo comencé a rentar el lugar arriba mencionado en la siguiente fecha _____.

Firma del Solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Sección 3: Información del Arrendador. Debe ser completada por el Arrendador

Nombre del Arrendador	Número Telefónico del Arrendador
-----------------------	----------------------------------

Dirección del Arrendador		
Ciudad	Estado	Código Postal

Relación con el Arrendatario

Nombre del Arrendatario

3.1 Yo estoy rentando la dirección arriba mencionada en la Sección 2 al solicitante desde _____ (fecha).

3.2 La renta mensual actual es de \$_____.

3.3 La renta mensual incluye / no incluye (encerrar uno) servicios.

3.4 De ser sí, mencione los servicios incluidos.

Sección 4: Firma del Arrendador

Yo, el que firma abajo, por el presente juro que la información aquí contenida es verdadera y correcta.

Firma del Arrendador	Fecha
----------------------	-------



Formato de Verificación de Persona sin Hogar de WVHA

Instrucciones para la Agencia: A ser impreso en membrete de la Agency. Por favor complete este formato en su totalidad. El no presentar toda la información en el formato de Verificación de Indigencia resultará en que su solicitud sea marcada como Pendiente.

Sección 1: Información General.

Fecha	Nombre del Cliente	Fecha de Nacimiento	Número de Identificación con Fotografía
-------	--------------------	---------------------	---

Sección 2: Dirección.

Dirección (a donde la correspondencia de su Tarjeta de Salud WVHA debe ser enviada)

Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
--------	---------	--------	---------------

Duración de su tiempo en el Condado de Volusia

Sección 3: Valoración de la Agencia.

Yo, _____, en base a mi valoración certifico que el cliente ha cumplido con la definición H.U.D. para indigente y que ha estado dentro del Distrito Fiscal de West Volusia durante por lo menos un mes.

Firma de la Agencia:

Fecha:

Firma del Cliente:

Fecha:



Verificación de Apoyo WVHA

Instrucciones: Por favor complete este formato en su totalidad. *El no presentar toda la información en el Formato de Verificación de Apoyo resultará en que su solicitud sea marcada como Pendiente.*

Sección 1: Información General.

Fecha:	Nombre del Solicitante:	Fecha de Nacimiento:	Últimos Cuatro Dígitos del SSN:
--------	-------------------------	----------------------	---------------------------------

Sección 2: Yo actualmente resido en.

Dirección			
-----------	--	--	--

Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
--------	---------	--------	---------------

Yo he estado residiendo en la dirección arriba mencionada desde: _____

Sección 3: Mi dirección anterior era.

Dirección			
-----------	--	--	--

Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
--------	---------	--------	---------------

Yo viví en esta dirección anterior durante: _____

Sección 4: Mi alimentación y/o costos de vida son proporcionados por

Nombre del Proveedor	
----------------------	--

Firma del Solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Sección 5: A ser completada por el Proveedor.

5.1 ¿Proporciona usted solamente un lugar donde vivir (sin pagar renta) y ningún gasto mensual para el solicitante?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, complete las preguntas 5.3, 5.4 y 5.5 con 'N/A'</i>	<input type="checkbox"/> No
--	--	-----------------------------

5.2 ¿Vive el solicitante con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <i>De ser Sí, responda las preguntas 5.3, 5.4 y 5.5</i>	<input type="checkbox"/> No <i>De ser No, complete las preguntas 5.3 y 5.4 con 'N/A' y la pregunta 5.5 con la cantidad apropiada</i>
--	--	---

5.3 Gastos totales mensuales del hogar considerando todos los residentes (renta, electricidad, agua, víveres, etc.) \$ _____	5.4 Número total de personas residiendo en el hogar (incluyendo al solicitante) _____
---	--

5.5 Además de los gastos mensuales del hogar, yo proporciono \$ _____ al mes para el solicitante.

Nombre del Proveedor	Relación con el Solicitante
----------------------	-----------------------------

Dirección del Proveedor	Ciudad
-------------------------	--------

Estado	Código Postal	Número Telefónico del Proveedor
--------	---------------	---------------------------------

Sección 6: Firma del Proveedor y del Notario Público.

Yo, el que firma abajo, siendo responsable por el solicitante nombrado, por el presente juro que la información aquí contenida es verdadera y correcta y que yo estoy proporcionando apoyo al solicitante nombrado.

Firma del Proveedor	Fecha
---------------------	-------

Notario Público	
-----------------	--



VERIFICATION OF EMPLOYMENT/LOSS OF INCOME

Date: _____

*****Please provide
income for 8 weeks*****

In order to determine the eligibility of _____ for public assistance, please assist us by answering the questions below and returning this form to us by _____.

Case Name _____

Case Number/Cat/Seq./SSN _____

Office Address / Phone Number:
The House Next Door
804 N Woodland Blvd
DeLand, FL 32720
FAX: 386-734-0252

Please complete each section which has been marked on PAGE 1 and PAGE 2 of this form.

Section I – GENERAL INFORMATION

1. Name of Employee: _____ Social Security Number: _____
Address: _____

2. Job Title: _____ Type of Work Performed: _____

3. Number of Hours Worked Per Week: _____ Number of Days Worked Per Week: _____

4. A. How often is/was the employee paid? Day Week Bi-Weekly Monthly
B. Rate of pay: \$ _____ per _____ Other _____
Hr./Day/Wk./etc. (Explain)

5. Date current employment began: _____ Date previously employed: _____

6. Does/did employee receive tips? Yes No **(If yes, please show tips in Section III.)**

7. Is/was employment seasonal? Yes No If yes, season begins: _____ ends: _____

8. Is/was the employee covered by health insurance? Yes No
If yes, name of insurance company: _____

9. Number of dependents covered: _____

10. Does/did the employee participate in any type of payroll savings plan or profit sharing? Yes No
If yes, what is the balance? \$ _____

11. Does the person perform their job duties: in their home in your home N/A

Section II – LOSS OF INCOME

1. Date employment ended: _____

2. Reason for termination: _____

3. Is the loss of income Permanent or Temporary? If temporary, when do you expect the employee to return to work? _____

4. Date employee received final check: _____ Gross amount: \$ _____
(Please list last 8 weeks in Section III.)

5. Will employee receive any vacation pay, retirement refund, or other? Yes No
If yes, what type? _____ Date received: _____ Amount: \$ _____

6. Is employee eligible for any type of benefits from your company, such as extended insurance coverage, workers' compensation, or other? Yes No If yes:
A. Name of insurance company: _____
B. Reason for benefits: _____

Section III – RECORD OF PAY RECEIVED

List the gross amounts and dates of checks or cash, which were paid for the last eight weeks in the space below.

Pay Period Ending	Date Pay Received	GROSS Earnings	No. of Regular Hours Worked	Rate of Pay	No. of Overtime Hours	Rate of Pay for Overtime	Tips \$\$	Earned Income Credit (EIC)

If hours or rate of pay has varied in the above period, please state why.

Section IV – EMPLOYER INFORMATION

What I have written on this form is true to the best of my knowledge. I know that if I give false information on purpose, I may be subject to prosecution for fraud.

Signature of Employer

Employer's Title

Name of Business

Telephone Number

Address

Date Completed



Calendario de Trabajo WVHA

Instrucciones: Por favor complete este formato en su totalidad. Este formato debe ser completado si usted es autoempleado y no gana lo suficiente como para presentar una declaración de impuestos sobre ingresos. Un Calendario de Trabajo WVHA por debe ser completado por separado para todos los meses aplicables. Ingrese la fecha, la cantidad en bruto del dinero ganado y el número total de horas trabajadas para cada día. *El no presentar toda la información en el Calendario de Trabajo podría resultar en que su solicitud sea marcada como Pendiente.*

Sección 1: Información General.

Fecha	Nombre del Solicitante
-------	------------------------

Sección 2: Calendario de Trabajo y Firma.

Mes:

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____
Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____
Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____
Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____	\$: _____
Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____	Hrs: _____

Firma del Solicitante:

Fecha:

Ley de Cuidado de Salud Asequible - Entrevista de Precalificación para Registro 2016

Persona que Ayuda _____ FECHA: _____

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Teléfono # _____ Código Postal _____ Condado _____

Las preguntas de abajo nos ayudarán a determinar si usted es elegible para el Mercado de Seguros Médicos Asequibles. Al calificar, la Persona que Ayuda le auxiliará a registrarse en HealthCare.Gov.

En caso de que usted no sea elegible en este momento, se le otorgará este documento de apoyo que le servirá como prueba de que intentó presentar una solicitud para el mercado. En ese momento se le brindarán opciones sobre cobertura médica e instrucciones sobre cómo solicitar cobertura alternativa.

Aquellos que no sean cubiertos por el mercado por no ser elegibles están protegidos de:

- La penalización del 2% sobre el ingreso anual de su hogar o
- \$325 por persona por año (\$162 por hijo menor de 18 años. La penalización máxima por familia usando este método es de \$925 por familia.

Si usted no cuenta con cobertura en el 2016, usted pagará la cantidad más alta de entre estas dos cantidades.

1. ¿Es Veterano? Sí ___ No___ De ser Sí, ¿estará disponible a dejar toda la cobertura a través de VA? (De ser Sí, proceda con el registro)
2. ¿Nativo Americano? Sí _____ No _____ (De ser Sí, no califica para el subsidio).
3. ¿Padre de un niño ya en plan Healthy Kids (Niños Sanos)? Sí _____ No _____
4. ¿Menor de 64 años de edad? Sí _____ No _____ De ser mayor, cuentan con o pronto estarán cubiertos por Medicare.
5. ¿Actualmente cubierto por Medicaid? Sí _____ No _____
6. ¿Usted o alguien en su hogar cuenta con cobertura por su patrón o le han ofrecido cobertura a través de su patrón? Sí ___ No ___ (De ser Sí, no calificará para el subsidio, pero puede revisar opciones en el mercado)
7. ¿Tiene un ingreso verificable? Sí ___ No ___ El límite es de \$11,770 para 1 persona o de \$15,930 para una pareja.

ÍNDICE DE POBREZA 2015 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO COLUMBIA

Personas en la familia /hogar	Índice de Pobreza	150%
1	\$11,880	\$17,820
2	\$16,020	\$24,030
3	\$20,160	\$30,240
4	\$24,300	\$36,450
5	\$28,440	\$42,660
6	\$32,580	\$48,870
7	\$36,730	\$55,095
8	\$40,890	\$61,335
Para familias /hogares con más de 8 personas, agregue \$4,160 por cada persona adicional.		

Yo atestigo que la Persona que Ayuda ha discutido los requisitos para el registro y que yo entiendo mi elegibilidad y opciones para cuidados a la salud (por favor marque el círculo que aplica).

- Yo califico para el Mercado y me estoy registrando hoy.
- Yo no califico para el Mercado pues mis ingresos quedan por debajo del índice de pobreza.
- Yo califico para el Mercado pero el costo de las primas (neto de cualquier crédito fiscal/subsidios) es mayor al 8% de mi ingreso anual en bruto.

Firma del Consumidor

Firma de la Persona que Ayuda