



Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes
Solicitud de asistencia médica

For Office Use Only (Solo para uso de la oficina)

Status ☐ Application ☐ Review	Date Form 3064 Requested/Issued	Date Identifiable Form 3064 Received	Case Record No.	Appointment Date and Time, if applicable
---	------------------------------------	---	-----------------	--

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Código postal y núm. de teléfono.	Otro núm. de teléfono con código de área
--	-----------------------------------	--

¿Alguna vez ha usado otro nombre? De ser así, indique los nombres que ha usado.

☐ Sí ☐ No

Domicilio postal (calle o apartado postal)	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
--	---------------	--------	--------	---------------

Dirección postal, si es diferente a la anterior. Si es un domicilio rural, indique cómo llegar.

1. En la tabla a continuación, use el primer renglón para poner información sobre usted. En los otros renglones, ponga la información de todas las personas que viven en la casa con usted, aún si no se consideran miembros del hogar.

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social (si lo sabe)	Sexo (Masculino/ Femenino)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Es usted extranjero patrocinado?
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No

Nota: La palabra "hogar" en las preguntas 2 a 16 se refiere a usted, su cónyuge y cualquier otra persona que viva con usted y con la que tenga una relación legal. No es necesario incluir información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su "hogar".

2. ¿En qué condado y estado está ubicado su hogar (dónde está su hogar permanente)?

Condado: _____ Estado: _____ ¿Piensa permanecer en este condado y estado? ☐ Sí ☐ No

3. Plan de vivienda: Seleccione todas las casillas que correspondan a su hogar.

- ☐ Es dueño o está pagando por el hogar
 ☐ Vive en una casa que otra persona paga
 ☐ No tiene residencia permanente
☐ Vive con otra persona
 ☐ Renta una casa o apartamento
 ☐ Cárcel

4. Anote los gastos promedios mensuales de su hogar.

Renta/hipoteca	\$
Servicios públicos (gas, agua, luz)	\$
Teléfono	\$
Servicios de transporte (como gasolina, pagos del carro, autobús)	\$
Impuestos y seguro anuales del hogar	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$

¿Paga alguien estos gastos del hogar por usted? ☐ Sí ☐ No Si contesta que sí, ¿quién? _____

5. ¿Recibe usted o alguien de su hogar alguno de los siguientes beneficios? ☐ Sí ☐ No

☐ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) ☐ Programa SNAP (estampillas para alimentos) ☐ Beneficios de Medicaid

Si contesta que sí, ¿quién recibe estos beneficios? _____

6. ¿Está usted o alguien de su hogar embarazada? ☐ Sí ☐ No Si contesta que sí, ¿quién está embarazada? _____

7. ¿Tiene usted o alguien de su hogar una discapacidad? ☐ Sí ☐ No Si contesta que sí, ¿quién tiene una discapacidad? _____

8. ¿Ha solicitado usted o alguien de su hogar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social

☐ (SSDI) ☒ Sí ☐ No Si contesta que sí, ¿quién solicitó estos beneficios y cuándo? _____

9. ¿Tiene usted o alguien en su hogar facturas sin pagar por servicios de atención médica de los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

Si contestó que sí, ¿de cuáles meses? _____

10. ¿Tiene usted u otra persona en su hogar cobertura de atención médica (Medicare, seguro médico, Asuntos de Veteranos, Tricare, etc.)?

☐ Sí ☐ No Si contesta que sí, ¿quién tiene cobertura? _____

11. ¿Cuánto dinero tiene en su cartera, en su casa, en cuentas bancarias o en otros lugares?

12. ¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tienen usted y los demás miembros de su hogar? A continuación, anote el año, marca y modelo.

Año	Marca y modelo	+
1		-

13. ¿Es dueño o paga usted o alguien de su hogar una casa, un lote, unas tierras u otra propiedad? ☐ Sí ☐ No

14. En los últimos tres meses, ¿vendió, intercambió o regaló usted u otro miembro del hogar algún dinero o propiedad? ☐ Sí ☐ No

15. ¿Ha trabajado usted o alguien de su hogar en los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No Si contesta que sí, ¿quién trabajó? _____

16. En la siguiente tabla anote todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero de una capacitación o trabajo; dinero que cobra por dar alojamiento y comida; dinero regalado, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otras personas; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención infantil, y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del departamento, persona o empleador que aporta el dinero	Cantidad recibida	Frecuencia del ingreso

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en darle al personal que determina el derecho a la participación y al condado cualquier información que sea necesaria para comprobar las declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Estoy de acuerdo en informar de cualquier de los siguientes cambios en un plazo de 14 días:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud o participación en SSI, TANF o Medicaid

Me han informado y tengo por entendido que esta solicitud se tramitará sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud o la recertificación de asistencia, y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.

Tengo entendido que, al firmar esta solicitud, le doy al condado el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica proporcionados por el condado de cualquier tercero.

Estoy de acuerdo en dar al condado cualquier información que necesite para identificar y localizar todas las otras fuentes de pago de los servicios de salud.

Se me ha informado y entiendo que no cumplir con las obligaciones establecidas podría considerarse una retención intencional de información de mi parte y podría dar lugar a que se recuperen los fondos mediante el reembolso o la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Antes de firmar, asegúrese de haber dado respuestas completas y correctas. Si el solicitante está casado y su cónyuge es un miembro del hogar, el cónyuge también puede firmar y fechar este formulario aunque sea un miembro del hogar excluido.

_____ Firma del solicitante	_____ Fecha	_____ Firma del cónyuge	_____ Fecha
_____ Firma de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604	_____ Firma del representante del solicitante	_____ Firma del testigo (si el solicitante firmó con una "X")	
_____ Dirección de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 (calle, ciudad, estado, código postal):		_____ Código de área y tel.:	

The County of Chambers
Indigent Health Care Office
P.O. Box 489
Anahuac, TX 77514
(409)267-8306

DECLARACIÓN DE APOYO / CONTRIBUCIONES

A completar por: _____

Con el fin de determinar la asistencia de elegibilidad para _____
Debemos verificar todas las fuentes de ingresos/asistencia disponibles para su familia. Complete la información solicitada a continuación con respecto a la asistencia / dinero que le ha dado a esta familia en los últimos tres meses. Firme su nombre en el espacio para la persona que completa el formulario. POR FAVOR, RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS.

_____ del meses.

1. ¿Proporciona asistencia en efectivo? _____
Si es así, ¿cuánto das cada mes? _____
¿Este dinero se considera un regalo o un préstamo? _____
Si el dinero es un préstamo, ¿cuándo se espera que el cliente pague y en qué cantidades? _____
2. ¿Proporciona refugio y servicios públicos? _____
Si es así, ¿le cobra a esta persona por el alquiler y los servicios públicos? _____
3. ¿Pagas alguna de sus facturas?? _____
Si es así, ¿les da dinero o paga las facturas directamente a la compañía? _____
4. ¿Proporciona necesidades domésticas y personales para esta persona? _____
Es así, por favor explique lo que hace. _____
5. ¿Proporciona algún otro tipo de asistencia? _____
En caso afirmativo, sírvase explicar. _____
6. ¿Se ha producido un cambio en la asistencia?? _____
Si es así, ¿cuándo? _____
7. ¿Prevé algún cambio en la asistencia en un futuro próximo? _____

Firma de la persona que completa este formulario

Fecha

Dirección

Número de Teléfono

Chambers County Indigent Health Care

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, vigente a partir del 17 de febrero de 2010

Creemos que su información de salud es personal. Mantendremos registros de la atención y los servicios que reciba en cualquiera de nuestras instalaciones. Nos comprometemos a mantener su información privada, y también estamos obligados por ley a respetar su confidencialidad.

USOS Y DIVULGACIONES:

Las siguientes categorías describen algunas de las formas en que usamos y divulgamos la información de salud:

Para tratamiento: Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de clínica u hospital que participe en su cuidado en cualquiera de las instalaciones. Los diferentes departamentos del hospital también pueden compartir información médica sobre usted para coordinar diferentes cosas que pueda necesitar, como recetas, análisis de laboratorio, comidas y radiografías.

También podemos proporcionarle a su médico o a un proveedor de atención médica posterior copias de varios informes que deberían ayudarlo a tratarlo una vez que sea dado de alta.

Para el pago: Podemos usar y divulgar información médica sobre su tratamiento y servicios para facturar y cobrar el pago de usted, su compañía de seguros o un tercero pagador. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su compañía de seguros información sobre su cirugía para que nos paguen para reembolsarle el tratamiento. También podemos informarle a su plan de salud sobre el tratamiento que va a recibir para determinar si su plan lo cubrirá.

Para operaciones de atención médica: Los miembros del personal médico y / o el equipo de mejora de la calidad pueden usar la información en su registro de salud para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros similares. Los resultados se utilizarán para mejorar continuamente la calidad de la atención para todos los pacientes que atendemos. Por ejemplo, podemos combinar información de salud sobre muchos pacientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios o tratamientos. Podemos divulgar información a médicos, enfermeras y estudiantes con fines educativos y podemos combinar la información de salud que tenemos con la de otras instalaciones para ver dónde podemos hacer mejoras. Podemos eliminar información que lo identifique de este conjunto de información de salud para proteger su privacidad.

También podemos usar y divulgar información de salud: A socios comerciales con los que hemos contratado para realizar el servicio acordado y facturarlos, para recordarle que tiene una cita para atención médica, para acceder a su satisfacción con nuestros servicios, para informarle sobre posibles alternativas de tratamiento, para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud, para actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de atención médica, y para programas de capacitación en conducción o revisión de la competencia de los profesionales de la salud. Al divulgar información, recordatorios de citas primarias y esfuerzos de facturación/cobro, podemos dejar mensajes en su contestador automático o correo de voz.

Socios comerciales: Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen servicios médicos en radiología, ciertas pruebas de laboratorio y un servicio de copia que utilizamos al hacer copias de su registro de salud. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestro socio comercial para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan y facturarle a usted, a su compañía de seguros o a un tercero pagador por los servicios prestados. Nosotros, podemos limitar el uso, divulgación o solicitud al mínimo necesario para lograr el propósito previsto. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos que el socio comercial proteja adecuadamente su información y le notificaremos después de una violación de la información médica protegida.

Directorio: Podemos incluir cierta información limitada sobre usted mientras es paciente en nuestro hospital. La información puede incluir su nombre y su estado general (por ejemplo, bueno, justo) y su afirmación religiosa. Esta información puede ser proporcionada a los miembros del clero y, excepto por afiliación religiosa, a otras personas que preguntan por usted por su nombre. Durante su proceso de registro, puede optar por no recibir dichos listados. El formulario de admisión de Reconocimiento de su hospitalización proporciona opciones de listado de directorios.

Personas involucradas en su cuidado de pago por su atención: Mientras sea paciente del hospital, podemos divulgar información sobre su condición médica a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica o que ayude a pagar su atención, o a quien usted autorice a recibir información sobre su condición médica. Además, podemos divulgar información médica sin su permiso por escrito.

Investigación: Podemos divulgar información a los investigadores cuando una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud ha aprobado su investigación y ha otorgado una exención del requisito de autorización.

Comunicaciones futuras: Podemos comunicarnos con usted a través de boletines informativos, correos u otros medios con respecto a opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas de manejo de enfermedades, programas de bienestar u otras iniciativas o actividades basadas en la comunidad en las que participa nuestra instalación. Si no desea que lo contacten para esfuerzos de marketing, notifique al Oficial de Privacidad al número de teléfono proporcionado en el aviso para optar por no participar en los esfuerzos de marketing y / o recaudación de fondos en nombre de Chambers County Indigent Healthcare o cualquiera de sus entidades cubiertas. Chambers County Indigent Healthcare no utilizará su información médica para comunicarse con usted con fines de marketing o vender su información médica sin su permiso por escrito.

Acuerdo de atención médica organizada: Esta instalación y los miembros de su personal médico han organizado y le presentan este documento como un aviso conjunto. La información se compartirá según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Los proveedores de atención médica y los cuidadores pueden tener acceso a información médica protegida en otras oficinas para ayudar a revisar el tratamiento anterior, ya que puede afectar el tratamiento en ese momento.

Entidad cubierta afiliada: La información médica protegida se pondrá a disposición del personal de las instalaciones afiliadas locales según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Los cuidadores en otros centros pueden tener acceso a información médica protegida en sus ubicaciones para ayudar a revisar la información del tratamiento anterior, ya que puede afectar el tratamiento en este momento. Las entidades cubiertas tienen prohibido usar información genética con el propósito de suscribir.

- Según lo exija la ley: También podemos usar y divulgar información de salud para los siguientes tipos de entidades, que incluyen, entre otras: Administración de Alimentos y Medicamentos, Salud Pública o Autoridades Legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, Instituciones Correccionales, Agentes de Compensación de Trabajadores, Organizaciones de Donación de Órganos y Tejidos, Autoridades de Comando Militar, Agencias de Supervisión de la Salud, Directores de funerarias, médicos forenses y directores médicos, agencias de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección para el presidente y otros.

El Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes ayuda a la gente a pagar la atención médica que necesita. Su derecho a recibir esta ayuda depende de sus ingresos, sus posesiones, el lugar donde vive, los demás beneficios que reciba o que podría recibir, así como otros factores. Asegúrese de:

1. Incluir su nombre y dirección;
2. Firmar y escribir la fecha en la página 3 de la solicitud, y
3. Responder a tantas preguntas como pueda en esta solicitud.

Entregue o envíe por correo su solicitud hoy mismo, aún si no pueda responder a todas las preguntas.

Sus responsabilidades

Es posible que se le pida que traiga pruebas de lo que escriba en su solicitud o de lo que le diga a la persona que lo entrevistó. Si necesita ayuda para conseguir pruebas, la persona que lo entrevistó le ayudará. A continuación se enumeran ejemplos de alguna información que se le podría pedir que compruebe y los documentos que puede usar como prueba.

Lugar donde vive y donde piensa seguir viviendo: Correspondencia que recibe en su domicilio; expedientes escolares; documentos para votar; recibos de impuestos sobre la propiedad o el pago de alquiler o de hipoteca; licencia de manejar de Texas, y otros documentos de identificación oficiales.

Sus posesiones y el valor que tienen: Avalúos de impuestos sobre los bienes; estimaciones de las agencias de automóviles; anuncios de venta de artículos similares; declaraciones de agentes de bienes raíces, y estados de cuentas bancarias.

Sus ingresos: Comprobantes del pago; talones de cheque; formulario de impuestos W-2 o declaración de impuestos; comprobantes de ventas; declaraciones de los empleadores; cartas de concesión; documentos legales, y declaraciones de personas que le dan dinero.

Otro tipo de cobertura de atención médica: Cartas de concesión o de reclamos; pólizas de seguro de vida; documentos del tribunal, y otros expedientes judiciales.

La información sobre los números de Seguro Social debe proporcionarse si está disponible. La información sobre el sexo (masculino/femenino) no es obligatoria. Esta información no se toma en cuenta para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir beneficios.

Debe dar información sobre el seguro médico y cualquier tercero responsable económicamente de los servicios de atención médica pagados por el condado por usted y los miembros de su hogar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted concede al condado el derecho de recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios de atención médica, que hayan sido prestados por el condado.

Se le podría pedir que solicite los beneficios de Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Si se le pide que solicite los beneficios de uno de estos programas o si ya presentó la solicitud, pero está esperando una respuesta, su solicitud de CIHCP podría permanecer pendiente hasta que se determina que no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas. Si no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas y si contestó todas las preguntas de la solicitud y presentó todas las pruebas solicitadas, su solicitud podrá ser tramitada. Después, el CIHCP tendrá 14 días para determinar si usted reúne los requisitos para recibir beneficios.

Después de presentar su solicitud, debe informar en un plazo de 14 días cualquier cambio de dirección, ingresos, recursos, personas que viven con usted, o si solicitó o recibió Medicaid, TANF o SSI.

Chambers County Indigent Health Care
PO Box 489
Anahuac, TX 77514
409-267-2770
Fax: 409-267-6488

Acuse de Recibo del Aviso de Política de Privacidad

He recibido una copia del Aviso de Política de Privacidad
del Condado de Chambers.

La Firma: _____

Nombre Impreso: _____

La Fecha: _____

(Después de firmar arriba, por favor devuelva este acuse de recibo a nuestra oficina.)

Chambers County Indigent Health Care
PO Box 489
Anahuac, TX 77514
409-267-2770
Fax 409-267-6488

Necesitaremos copias de la siguiente información para completar su caso:

****2 Formas de identificación para TODOS en su hogar**

Licencia de conducir, tarjeta de seguro social, certificado de nacimiento, tarjeta de registro de votante, registros de vacunas, registros escolares

****Prueba de residencia**

Factura de servicios públicos actual (electricidad, agua), recibo de alquiler, tarjeta de registro de votante, carta del propietario o amigo

****Comprobante de ingresos de los últimos 2 meses**

Talones de cheques, Carta del empleador, cartas de adjudicación

****Tarjetas de Medicaid**

(si corresponde)

****Estados de cuenta bancarios**

Cheques y/o ahorros

**** Registro o título del vehículo**