

Programa De Acceso al Cuidado Médico de Phoenixville
723 Wheatland Street, Suite 2C, P.O. Box 591, Phoenixville, PA 19460

APLICACION PARA EL PROGRAMA

Está usted recibiendo servicios actualmente de CHDC? si no (Community Health & Dental Center)
Ha recibido servicios en el pasado de CHDC? si no _____ cuando?

Fecha de Aplicación _____ Chequeos de la Vista Cuidado Dental Ortopedia
Prescripciones Inmigración

1. Nombres y Apellidos de quienes solicitan ayuda:

			Género
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	# de SS _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	# de SS _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	# de SS _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	# de SS _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	# de SS _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
# de personas en el hogar _____			# de adultos _____
			# de niños _____

2. Por favor suministrar una copia de la Licencia de Conducir certificado de nacimiento

o cualquier otra forma de identificación con esta aplicación pasaporte

3. Raza (opcional) Blanco Hispano/Latino Negro Asiático Multiracial

Nativo Americano Hawaiano/Islands del Pacífico Otro _____

4. Qué idioma hablan en su casa? _____

5. Dirección y número de teléfono _____

_____ Ciudad _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____

6. Estado Civil: soltero(a) casado(a) divorciado(a) Viudo (a) Son pareja

7. Está trabajando? si no Su esposo(a) trabaja? si no

Reciben ayuda del gobierno? si no

8. Ingreso de cada persona en su hogar: _____ Mensual Semanal ** Todas las personas que contribuyan al ingreso del hogar serán tomadas en cuenta al verificar el ingreso familiar.

9. Verificación de Ingreso: por favor someter copias de talones de pago, verificación de empleo e ingreso o recibos de impuestos. Fotocopias de estos documentos serán mantenidas en el archivo de cada paciente.

APLICACION PARA EL PROGRAMA

Página 2

10. Tiene usted seguro dental o de visión o es usted elegible para programas de cobertura privados o del estado? si no Seguro medico: si no

Nombre de la compañía de seguro: _____

11. Ha aplicado usted a otros programas de asistencia dental o de visión? si o no
Si usted aplicó, díganos por favor la razón por la cual fue rechazado.

12. Háganos un pequeño resúmen de la naturaleza de sus necesidades dentales o de visión.
Incluya la información que considere pueda ser importante para nuestra consideración.

13. Cuando fue su último exámen dental o de visión?

14. Como supo acerca de este programa? _____

15. Entiendo y acepto la política de ZERO tolerancia de Health Care Access en cuanto al incumplimiento de citas. Si no puedo cumplir una cita me comprometo llamar al proveedor medico con 48 horas de anticipación. Si no me presento a la cita o si llamo para cancelar el mismo día de la misma esto será considerado como incumplimiento. En este caso seré responsable de pagar \$50.00 como multa por incumplimiento. Esta multa deberá ser pagada al proveedor de salud directamente. Si falto a una cita por segunda vez, además de pagar la multa de \$50 al proveedor, deberé esperar 6 meses antes de poder re-aplicar al programa de Health Care Access. A la tercera falta, el programa no le ayudará ya más. Casos excepcionales serán discutidos directamente con las encargadas del programa de Health Care Access.

Acepto: _____

16. Reconozco que toda la información que he suministrado es correcta y verdadera. Reconozco que ningún otro adulto contribuye al ingreso familiar. Entiendo que esta aplicación es para cuidado dental inmediato o de emergencia y no constituye apoyo financiero subsiguiente para cuidado dental por parte del programa o del dentista. La aprobación final está sujeta al tratamiento requerido por el proveedor, los fondos disponibles en el programa, y la aprobación del programa. (La aprobación está basada en el exámen médico y la verificación por parte del programa tanto de la aplicación como de los fondos disponibles. El programa Dental y de Visión no garantiza la aprobación para servicios dentales y de visión).

17. Acepto pagar una tarifa administrativa, de acuerdo a mi ingreso familiar y los lineamientos del programa. Esta tarifa será acordada por el Administrador del Programa y yo mismo(a), y pagada antes de mi tratamiento dental o de visión. Esta tarifa deberá ser pagada directamente al proveedor de servicios.

18. Por medio de la presente autorizo a obtener cualquier información acerca de mi condición médica y financiera requerida por el Programa de Health Care Access, sus empleados, afiliados o agentes, con el propósito de prestarme los servicios a mí o a _____ por quien estoy concediendo dicha autorización. Así mismo comprendo que la información que he suministrado a Health Care Access es verdadera y correcta según mi entendimiento.

Firma del Apicante y Fecha

Administrador del Programa y Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DEL PROGRAMA:

Basado en la aplicación inicial y la verificación de la misma, la aplicación del paciente ha sido:
Aprovada o Rechazada: (circule su opción)

APPROVED – Vision Dental Orthopedic Rx

Si ha sido rechazada, razón de la negativa:

Entregue la aplicación completa (3 páginas) a:

Health Care Access
723 Wheatland Street, Suite 2C, P.O. Box 591
Phoenixville, PA 19460
FAX 610-917-2483

Programa De Acceso al Cuidado Médico de Phoenixville

Exoneración de Responsabilidad por parte del Paciente
Program Patient Disclaimer

Al aplicar por fondos bajo el Programa Dental y de Visión, entiendo que todo diagnóstico de tratamiento y todo servicio que se me preste, será bajo la única responsabilidad del proveedor de los mismos y de su práctica. Entiendo que el programa está diseñado para ayudarme a obtener los fondos para dichos servicios sujetos a la aprobación por parte del Programa.

Entiendo que este programa no provee fondos subsiguientes para servicios más allá de los autorizados en el momento de la aprobación de la aplicación.

En el caso de necesitar ayuda financiera futura para cuidado dental, de visión, emergencia ortopédica y servicio de prescripciones, deberé re-aplicar al programa. La aprobación anterior no garantiza o asegura la aprobación de una nueva aplicación. Acepto pagar con anterioridad a mi aprobación cualquier tarifa administrativa requerida o co-pago. Todos los co-pagos deberán ser entregados al proveedor antes de poder recibir sus servicios.

Entiendo que el objetivo del programa Dental y de Visión es facilitar el acceso a cuidado dental y de visión para los residentes del área de Phoenixville. Este objetivo del programa dental, de visión, emergencia ortopédica y de prescripciones no garantiza el acceso al proveedor que yo escoja o el derecho a ver al mismo proveedor si llego a ser aceptado en el futuro en el programa. Por supuesto, cada paciente puede continuar como paciente privado con cualquier proveedor, según el acuerdo al que lleguen tanto el proveedor como la familia involucrada.

El proveedor que me preste sus servicios o tratamiento, no deberá cobrarme ninguna tarifa por los servicios que hayan sido aprobados previamente por el programa. Puedo aceptar recibir servicios adicionales de acuerdo a la tarifa establecida por el proveedor. Me reservo el derecho a convertirme en paciente privado de la práctica, de acuerdo a la disponibilidad del proveedor.

En ningún momento el programa Dental y de Visión garantiza la aceptación o aprobación de una aplicación.

Firma de Aplicante Fecha

Administrador del Programa Fecha

Programa De Acceso al Cuidado Médico de Phoenixville

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA:

Patient Responsibilities

- Informaré al personal del programa de cualquier cambio en mi información personal, como por ejemplo, cambios en mi cobertura de seguro, número de teléfono, dirección, tamaño de mi familia, cambios en mi ingreso o cualquier otra circunstancia que pueda afectar mi elegibilidad.
- Haré saber al personal de cualquier información en mi historial médico que sea pertinente al tipo de cuidado que voy a recibir, incluyendo cambios en medicamentos.
- Estaré a tiempo para mis citas o llamaré y avisaré si necesito cambiar alguna.
- Haré preguntas si no entiendo cualquier parte de los servicios del Programa.
- Reportaré cualquier problema o preocupación que pueda tener durante mi participación en el Programa de Acceso a Cuidado Médico. (Puedo hacer uso de la Póliza de Quejas y Reclamos)
- Daré información clara y concisa acerca de mis necesidades y circunstancias.
- Acepto tratar al personal del programa y a los proveedores de servicios con el mismo respeto que yo me merezco. Esto incluye no presentarse a las citas bajo la influencia de drogas o alcohol, y abstenerse de usar lenguaje vulgar o amenazante o de hacer cualquier comentario de carácter racial o sexual.

El propósito de estas responsabilidades del paciente es el de optimizar mis beneficios al recibir los servicios del Programa para Cuidado Médico.

Entiendo que si no cumplo con estas responsabilidades puedo resultar expulsado de los Programas de Cuidado Médico.

Firma del Paciente

Fecha

_____ Iniciales del Personal

Programa De Acceso al Cuidado Médico de Phoenixville

POLIZA DE QUEJAS Y RECLAMOS DEL CLIENTE: Grievance Policy

Es póliza del Programa de Cuidado Médico de Phoenixville que sus servicios serán prestados a todos los individuos, sin discriminaciones basadas en la infección del SIDA, raza, credo, color, edad, sexo, género, orientación sexual, religión, origen ancestral, nacionalidad, o incapacidad física o mental (incluyendo abuso de sustancias), estatus inmigratorio, afiliación política o creencias.

Es política del Programa de Cuidado Médico de Phoenixville el suministrar a todos sus clientes y a aquellos buscando sus servicios una copia del manual de quejas y reclamos y de la oportunidad de presentar una queja. Si decide presentar una queja o reclamo, se le garantiza que no habrá repercusión negativa alguna cuando usted someta una nueva aplicación al programa. Una queja se puede presentar bajo las siguientes circunstancias:

1. Usted siente que fué injustamente rechazado por el programa.
2. Usted siente que los servicios prestados no fueron efectivos.

Si tiene una queja o recomendación, deberá primero discutir el asunto con el miembro del personal que este trabando con usted. Si esto no resulta efectivo o si siente que esto no es una opción, deberá seguir los siguientes pasos:

1. Deberá preparar una declaración escrita (incluyendo la fecha y la hora del reclamo). Puede solicitar ayuda para esto a cualquier miembro del personal. Puede usar la forma de reporte disponible a través del Director del Programa.
2. Someter su queja al Director del Programa a los 5 días laborales siguientes al hecho. Se le dará una cita para reunirse con el director del Programa para resolver su queja.
3. Si la solución no se produce después de 10 días laborales, se referirá su queja a alguien de la Junta Directiva.
4. Si la determinación del miembro de la Junta Directiva no es satisfactoria para usted, se le pedirá a la Junta Directiva en pleno que revise este asunto, y su decision será definitiva

He recibido una copia de la Póliza de Quejas y Reclamos

Firma

Fecha

Programa De Acceso al Cuidado Médico de Phoenixville

DECLARACION VOLUNTARIA DE INGRESOS:
Income Declaration

Yo, _____, declaro que estoy trabajando y recibo mis pagos en efectivo por un valor de \$ _____ diario, semanal, cada dos semanas, o mensual (haga un circulo alrededor de su opción). No tengo talones de pago, cheques o ningún otro documento que demuestre mis ingresos.

Yo, _____, declaro que no tengo trabajo y no recibo ningun tipo de ingreso.

Firma: _____

Fecha: _____

ACEPTACION DE HABER RECIBIDO INFORMACION ACERCA DE LOS DERECHOS A LA PRIVACIDAD O CONFIDENCIALIDAD
Patient Rights Acknowledgement

Nombre del Paciente (En letra de Imprenta)

ACEPTACION DE RECIBO

Al firmar esta forma, usted reconoce haber recibido información acerca de los Derechos a la Información Privada o Confidencialidad. Le sugerimos que lo lea detalladamente, y que solicite más información si lo considera pertinente.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestras Prácticas de Privacidad, por favor déjenlo saber.

Acuso recibo de la Información acerca de de los Derechos a la Privacidad.

Firma del Paciente/Apoderado/Representante Personal

Fecha

.....
Para uso exclusivo de esta oficina
.....

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER ACEPTACION:

Se ha hecho lo posible para obtener aceptación por escrito del recibo de la información acerca de los Derchos a Información Privada, pero no se pudo obtener ya que:

- El individuo se negó a firmar
- Barreras en al comunicación no permitieron obtener tal aceptación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener dicha aceptación
- Otro (Por favor especificar) _____

Firma del Personal de Health Care Access

Fecha