

Instrucciones de elegibilidad

Proceso de elegibilidad

- (1) Recoja el paquete de elegibilidad en Chesapeake Care Clinic, imprima una copia en línea, o complete la aplicación en nuestro sitio web www.chesapeakecare.org.

Aplicación en papel

- (2) Una vez que haya llenado el paquete y reunido todos sus documentos. Llame a Chesapeake Care Clinic para una evaluación previa y para programar una cita.
- (3) Traiga el paquete y los documentos requeridos a su cita de elegibilidad.

Aplicación en línea

- (2) Complete la aplicación y suba los comprobantes.
- (3) Una vez que hayamos recibido y revisado su aplicación, nos pondremos en contacto con usted por correo electrónico o teléfono para completar el proceso de elegibilidad. Las aplicaciones incompletas solo mantendrán durante 30 días.
- (4) Una vez que sea elegible, puede programar su primera cita médica y/o dental.

Cosas para recordar

- Lea el paquete completo cuidadosamente y hágalo antes de su cita de elegibilidad
- Si esta programando una cita con el dentista, necesitara \$30. (Solo aceptamos tarjetas y efectivo.)
- El termino "hogar" utilizado en este paquete se refiere a cualquier persona que sea reclamada o le reclame a usted por impuestos, dependiente(s) y/o cónyuge.

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8	Por cada miembro adicional, añadido
Ingreso Máximo Anual	40,770	54,930	69,090	83,250	97,410	111,570	125,730	139,890	16,800

Las siguientes cifras están tomadas de las Guías de Pobreza del HHS de 2022 publicadas en el Registro Federal el 1 de Febrero de 2022. Fuente: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Requisitos de elegibilidad para los servicios médicos

- (1) Debe ser residente de una de las 7 ciudades del área de Hampton Roads.
- (2) No puede tener ningún seguro. Ningún seguro médico, dental o de la vista, planes o cobertura de ningún tipo.
- (3) Debe cumplir con las pautas de ingresos. No puede exceder el 300 % del nivel federal de pobreza basado en el número de personas en su hogar.

Requisitos de elegibilidad para los servicios dentales

- (2) Debe ser residente de una de las 7 ciudades del área de Hampton Roads.
- (3) No puede tener ningún seguro dental, plan o cobertura en absoluto.
- (4) Aceptamos pacientes que tienen Medicare siempre y cuando no tengan ninguna cobertura dental con un plan suplementario.
- (5) No aceptamos pacientes que tiene Medicaid.
- (6) Debe cumplir con las pautas de ingresos. No puede exceder el 300 % del nivel federal de pobreza basado en el número de personas en su hogar.

Lista de verificación de elegibilidad

Nombre: _____

Para ser evaluado previamente y programar una cita de elegibilidad, llame al 545-5700 ext. 5001

Tendrá que traer a su cita de elegibilidad los artículos que se enumeran a continuación. No se acepta documentación digital. Sera reprogramado si no trae los documentos requeridos.

- (1) Identificación con foto
- (2) Tarjeta de Seguro Social
- (3) Comprobante de domicilio (servicio público, teléfono celular, factura médica, contrato de arrendamiento o estado de cuenta de la hipoteca)- DENTRO DE LOS ULTIMOS 90 DIAS
- (4) Declaración de impuestos Federales con todos los formularios y anexos adjuntos - si usted presenta una reclamación o alguien lo reclama
- (5) Tarjeta de seguro - si corresponde
- (6) Comprobante de ingresos (llene la siguiente tabla para determinar los documentos necesarios)

¿Algún miembro de su hogar** trabaja por cuenta propia?	O SÍ O NO	Formulario(s) COMPLETO(S) de IMPUESTOS, incluyendo los impuestos comerciales del año fiscal mas reciente y la última presentación trimestral que enumera los ingresos para el trimestre Y 90 días de: Estados de cuenta bancarios, recibos, facturas y estados de ganancias y pérdidas de la empresa.
¿Algún miembro de su hogar** esta empleado?	O SÍ O NO	Periodo de 60 días de talones de pago recientes o carta firmada por el empleador con la tasa de pago y el número de horas trabajadas semanalmente.
¿Algún miembro de su hogar** esta recibiendo Seguro Social o ingreso de Seguridad Suplementario?	O SÍ O NO	Carta de adjudicación de beneficios del SS - Puede comunicarse con el Seguro Social al 1-800-772-1213 o visitar su oficina local del Seguro Social para obtener una copia de la carta de adjudicación.
¿Algún miembro de su hogar** recibe Beneficios para Veteranos?	O SÍ O NO	Declaración de beneficios del año en curso
¿Es usted un Veterano pero no es elegible para los beneficios médicos de la VA?	O SÍ O NO	Carta de la VA declarando que usted no es elegible para los Beneficios Médicos
¿Algún miembro de su hogar** recibe una Pensión o Jubilación?	O SÍ O NO	Carta o estado de cuenta de Pensión/Jubilación
¿Algún miembro de su hogar** recibe Desempleo?	O SÍ O NO	Carta de subsidio de desempleo indicando la cantidad y el periodo de tiempo cubierto o los 90 días de los cheques de desempleo mas recientes.
¿Algún miembro de su hogar** recibe Pensión Alimenticia o Manutención infantil?	O SÍ O NO	Carta de concesión de la corte indicando la cantidad y el periodo de tiempo cubierto, carta de la Agencia para el Cumplimiento de la Manutención de los Hijos, carta del abogado indicando la cantidad y el periodo de tiempo cubierto, o 90 días de cheques mensuales.
¿Algún miembro de su hogar** recibe Compensación por Accidentes de Trabajo?	O SÍ O NO	Carta o declaración de beneficios indicando la cantidad y el periodo de tiempo cubierto o 90 días de talones de cheques.
¿Algún miembro de su hogar** recibe Beneficios de SNAP?	O SÍ O NO	Carta de SNAP
¿Algún miembro de su hogar** recibe una TANF o Asistencia de Transición de TANF?	O SÍ O NO	Carta de TANF o carta de transición de TANF
¿Algún miembro de su hogar** recibe ayuda para vivienda y/o servicios públicos?	O SÍ O NO	Carta de Asistencia para la Vivienda
¿Algún miembro de su hogar** posee propiedades de alquiler o de inversión?	O SÍ O NO	Contrato de alquiler/documentación que enumera el importe de los ingresos.
¿Algún miembro de su familia** tiene otras fuentes de ingresos?	O SÍ O NO	Acciones, Bonos, CDs, 401 K, propiedad adicional, etc. Adjunte 90 días de los estados de cuenta mas recientes.
¿Algún miembro de su hogar** tiene una cuenta corriente, de ahorros o de mercado de dinero?	O SÍ O NO	Adjunte una copia completa de los estados de cuenta actuales de 90 días por cada cuenta que posea.
¿Esta reclamando que no tiene ingresos? (Si esta reclamando que no tiene ingresos y aun no recibe beneficios de SNAP, debe solicitarlo y presentar una carta indicando su aprobación y la cantidad que recibe mensualmente o una carta de negación)	O SÍ O NO	Formulario de verificación de manutención completado por la persona que le proporciona su alimento, refugio y gastos diarios (formulario adjunto al dorso de este paquete) y la carta de SNAP.

** Hogar- cualquier persona que es reclamada o lo reclama en los impuestos, dependiente(s), y / o cónyuge.

Tenga en cuenta que necesita \$30 en efectivo si planea programar una cita con el dentista después de completar la elegibilidad.

Chesapeake Care

Hoja de información del paciente

Date _____
Interviewer _____
Eligibility valid until _____
Chart Number _____

Escriba por favor

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sufijo _____

Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ # de seguro social _____

Dirección _____ # de apartamento o lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____

Teléfono celular _____ Consentimiento para textear Sí No

Teléfono de trabajo _____ Correo electrónico _____

El mejor # de teléfono y hora para contactarlo _____

Idioma principal _____ Raza _____ Hispano/Latino Sí No

Estado civil Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Contacto de emergencia:

Nombre _____ Relación con el paciente _____ # de teléfono _____

¿Cómo se enteró de nuestra clínica? _____

¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos e América? Sí No

Situación laboral Desempleado A tiempo completo A tiempo parcial Jubilado Auto-empleado Estudiante

Nombre, # de teléfono, y dirección de su empleador _____

¿Tiene algún seguro de salud, Medicaid o Medicare? Sí No

Nombre de seguro de salud _____

Nombre de tomador de seguro _____

Número de póliza o socio _____

¿Tiene seguro dental? Sí No

Nombre de seguro de salud _____

Nombre de tomador de seguro _____

Número de póliza o socio _____

¿Tiene un plan de la vista? Sí No

¿Es usted un veterano? Sí No

¿Recibe discapacidad? Sí No

Si es afirmativo, ¿qué tipo y cuándo empezó? _____

¿Ha presentado una declaración de impuestos para 2021? Sí No

Si no, ¿por qué? _____

¿Alguien te reclama como dependiente? Sí No

Si es afirmativo, ¿Quién se reclama? _____

Office Staff Only
Initial Appt. Date _____
Please Circle MED DEN
Registration completed by _____

Chesapeake Care - Historia de salud

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

¿Tiene usted o algún miembro de la familia inmediata alguna de las siguientes condiciones de salud?

	Usted		Miembro de la familia	
	Sí	No	Sí	No
Adicción				
Anemia				
Artritis/gota				
Asma				
Trastorno hemorrágico				
Coágulos sanguíneos				
Cáncer				
Insuficiencia cardíaca congestiva				
Depresión/Ansiedad				
Diabetes				
Problemas en los pulmones/enfisema				
Epilepsia/trastorno convulsivo				
Problema gastrointestinal				
Glaucoma				
Infarto/enfermedades coronarias				
Soplo del corazón				
Hepatitis				
Alta presión				
Alto colesterol				
Enfermedad renal				
Anemia falciforme				
Enfermedad cutánea				
Derrame cerebral				
Trastorno tiroideo				
Úlcera				
Fracturas				
Otro				

Fecha de su última vacuna contra la gripe ____

Fecha de vacuna contra neumonía _____

Fecha de vacuna contra tétano _____

¿Reacciones a vacunas? _____

Fecha de su último examen dental _____

¿Usted fuma? _____

¿Si fuma, cuántos paquetes/día? _____

¿Cuándo dejaste de fumar? _____

¿Usa tabaco sin humo? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuándo dejaste de usarlo? _____

¿Bebe alcohol? _____

¿Cuándo dejaste de beber alcohol? _____

Alergias a drogas:

Reaccion:

Salud femenina

Número de embarazos _____

Número de hijos _____

Fecha de su última Papanicolau (PAP) _____

Su última mamografía _____

¿Citología vaginal previa anormal? _____

¿Terapia hormonal sustitutiva? _____

Método anticonceptivo actual _____

Médico de cabecera previo: _____

Medicamentos (incluya medicamentos sin receta)		
Nombre del medicamento	Dosis	Veces al día
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Cirugías

Fecha, Cirugía, y Donde

1 _____
 2 _____
 3 _____

Visitas a la sala de emergencia/hospitalizaciones

Fecha y donde

1 _____
 2 _____
 3 _____

Chesapeake Care Clinic
Información sobre las tasas

La Clínica de Atención de Chesapeake está comprometida con la excelencia en la atención al paciente. Somos una clínica de caridad independiente (no forma parte de los sistemas de atención de la ciudad, el estado o los hospitales). Para poder cumplir con nuestras obligaciones financieras, es necesario que cobremos los honorarios por el proceso administrativo y material que se lleva a cabo con cada visita. Sus cuidados excepcionales son proporcionados principalmente por voluntarios generosos que no reciben compensación. Sin embargo, el costo de los servicios de apoyo sigue aumentando, así como los costos de mantenimiento de nuestras instalaciones. Las tarifas nominales que se indican a continuación nos ayudarán a seguir atendiendo sus necesidades médicas y dentales y representan un descuento del 90% del costo real de la prestación de esa atención. La realidad es que sin estas tarifas nominales, no estaremos aquí para ayudar a ninguno de nuestros pacientes o futuros pacientes en los años venideros. Puede pagar en línea en nuestro sitio web www.chesapeakecare.org o en la consulta con tarjeta, efectivo, o giro postal.

Lista de tarifas - Todas las tarifas son no reembolsables.

Cuota de materiales dentales- \$30 en efectivo- cada cita (*a partir de agosto 2015*)

Esta cuota es una cuota de prepago. Para recibir una cita es necesario pagar primero la cuota de materiales.

Si no se presenta a la cita dental, los \$30 de los materiales no serán reembolsados. Se le pedirá que pague 30 dólares por adelantado para reprogramar la cita.

Cuota de administración médica- \$10 en efectivo- cada cita (*a partir de abril 2013*)

Esta tarifa se cobra en el momento de la cita para todas las visitas médicas y de especialidad. *No hay honorarios de administración para citas con el consejero, los controles de presión arterial y las visitas de educación de enfermería para diabéticos.*

Cuota de procesamiento- sólo en efectivo (*a partir de febrero 2011*)

Esta tarifa es una tarifa de procesamiento. No es un cargo por los medicamentos.

\$2- Suministro para 30 días

\$4- Suministro para 60 días

\$5- Suministro para 90 días

\$5- Medidor de glucosa

\$5- Tiras de prueba de glucosa (caja de 50)

\$5- Preparación de la colonoscopia

\$2- Lancetas/caja

\$2- Jeringas de insulina(cantidad 30)

Miscelánea – sólo en efectivo (*a partir de abril 2013*)

Esta es una tarifa de procesamiento y debe ser pagada por adelantado.

Llenado de formularios por el médico- \$5/formulario

Registros Médicos- \$0.50/ página con \$10 de cuota de administración

Todas las tasas no son reembolsables.

Al firmar, Ud. reconoce que ha sido notificado de nuestras cargas.

Nombre escrito

Firma del paciente

Testigo

Fecha de nacimiento

Fecha



Chesapeake Care
2145 S. Military Highway
Chesapeake, VA 23320
(757) 545-5700
(757) 545-7706 fax

CHESAPEAKE CARE CLINIC VERIFICACION DE APOYO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

La siguiente verificación de apoyo debe ser completada y devuelta a la clínica a pedido, o durante elegibilidad.

Yo, _____, proporciono

alimento y vivienda para _____

en la cantidad estimada de \$ _____ mensualmente.

Yo reclamo a esta persona en mis impuestos federales de ingreso. (Marque uno— Sí* / NO)

*En caso afirmativo, por favor trae su formulario impositivo y la documentación justificativa de los ingresos.

Yo entiendo que alguien puede contactarme para verificar esta información.

**Descargo: Doy fe que la información proporcionada es genuina y precisa. Entiendo que dar información falsa puede resultar en que el paciente mencionada anteriormente pierda sus privilegios para recibir servicios de Chesapeake Care Clinic

Firma: _____

Escriba su nombre: _____

Dirección: _____

Fecha: _____