Instrucciones de elegibilidad

Proceso de elegibilidad

Solicitud en papel

(1) Una vez que haya completado el paquete y reunido todos sus documentos, por favor llame a la Clínica Chesapeake Care para programar una cita de elegibilidad.

(2) Por favor, traiga el paquete y los documentos necesarios para verificar su elegibilidad.

Solicitud en línea

(1) Completa la solicitud y sube los documentos de respaldo www.chesapeakecare.org.

(2) Once we have received and reviewed your online application, we will contact you via email or telephone to complete the eligibility process. -Incomplete Applications will only be held for 30 days

Una vez que cumpla con los requisitos, podrá programar su(s) cita(s) médica(s) y/o dental(es) inicial(es).

Cosas que hay que recordar

- **Por favor, lee y completa todo el paquete con cuidado antes de tu cita para determinar tu elegibilidad.**
- **Si vas a programar una cita con el dentista, debes estar preparado para pagar 30,00 dólares al momento de programarla. Solo aceptamos tarjetas de crédito o débito y efectivo.**
- **El término «hogar» que se utiliza en este paquete se refiere a cualquier persona que te incluya o a la que tú incluyas en tu declaración de impuestos, a tus dependientes y/o a tu cónyuge.**

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8	Por cada miembro adicional, agrega
Ingresos anuales máximos	47,880	64,920	81,960	99,000	116,040	133,080	150,120	167,160	17,040

Las siguientes cifras proceden de las Directrices de Pobreza del HHS para 2026, publicadas en el Registro Federal el 1 de febrero de 2026.
Fuente: https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines

Requisitos de elegibilidad para los servicios médicos

(1) Debe residir en la ciudad de Chesapeake, Hampton, Newport News, Norfolk, Portsmouth, Suffolk o Virginia Beach.
(2) Sin seguro. No cuenta con ningún tipo de seguro, plan o cobertura médica, dental u oftalmológica.
(3) Debe cumplir con los requisitos de ingresos. No puede superar el 300 % del nivel federal de pobreza, según el número de personas que integren su hogar.

Requisitos de elegibilidad para los servicios dentales

(1) Debe residir en la ciudad de Chesapeake, Hampton, Newport News, Norfolk, Portsmouth, Suffolk o Virginia Beach.
(2) Sin seguro. Aceptamos pacientes con Medicare siempre y cuando no cuenten con cobertura dental a través de un plan complementario. NO aceptamos pacientes con Medicaid.
(3) Debe cumplir con los requisitos de ingresos. No puede superar el 300 % del nivel federal de pobreza, según el número de personas que integren su hogar.

Lista de verificación de elegibilidad

Para programar una cita para evaluar su elegibilidad, llame al 545-5700, extensión 501

Deberá llevar los documentos que se indican a continuación a su cita para verificar su elegibilidad. No se aceptan documentos digitales. Si no presenta los documentos requeridos, se le programará una nueva cita.

(1) Identificación con foto
(2) Tarjeta de la Seguridad Social/Número de Identificación del Contribuyente – si corresponde
(3) Prueba de domicilio (suministros, teléfono móvil, factura médica, contrato de alquiler o extracto hipotecario): **DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS**
(4) Declaración de la Renta Federal (más reciente) **con todos los formularios y anexos adjuntos** – si presentas la declaración o alguien más te reclama
(5) Tarjeta de seguro, si procede
(6) Prueba de ingresos **(por favor rellena el cuadro a continuación para determinar los documentos necesarios)**

¿Hay algún miembro de su hogar** **que trabaje por cuenta propia**?	❑SÍ ❑NO	FORMULARIO COMPLETO de impuestos, incluyendo impuestos empresariales del año fiscal más reciente y la última declaración trimestral que indica los ingresos del trimestre **Y 90 días** de: extractos bancarios empresariales, recibos, facturas y estados de pérdidas y beneficios.
¿Algún miembro de su hogar** tiene **empleo**?	❑SÍ ❑NO	**Periodo de 60 días** con recibos de nómina recientes o carta firmada por el empleador en membrete de la empresa con la tasa salarial y el número de horas trabajadas semanalmente.
¿Algún miembro de su hogar** recibe el **Seguro Social o el Ingreso Suplementario de Seguridad**?	❑SÍ ❑NO	Carta de verificación de prestaciones de la Seguridad Social – Puede contactar con la Seguridad Social en el 1-800-772-1213 o visitar la oficina local de la Seguridad Social para obtener una copia de la carta de concesión
¿Algún miembro de su hogar** recibe **prestaciones para veteranos**?	❑SÍ ❑NO	Estado de prestación para el año en curso
¿Eres **veterano, pero no cumples con los requisitos** para **recibir beneficios médicos** del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)?	❑SÍ ❑NO	Carta del VA que indica que no eres elegible para los beneficios médicos
¿Algún miembro de tu familia** recibe una **pensión** o un **salario de jubilación**?	❑SÍ ❑NO	Carta o declaración de Pensión/Jubilación
¿Algún miembro de tu familia** recibe el subsidio por **desempleo**?	❑SÍ ❑NO	Carta de indemnización por desempleo que indica la cantidad y el periodo cubierto o **90 días** de la mayoría de los cheques de desempleo más recientes.
¿Algún miembro de su hogar** recibe pensión **alimenticia o manutención infantil**?	❑SÍ ❑NO	Carta judicial que indique la cantidad y el periodo cubierto, carta de la Agencia de Ejecución de Manutención Infantil, carta de un abogado que indique la cantidad y el periodo cubierto, o **90 días** de cheques mensuales.
¿Algún miembro de su familia** recibe una **indemnización por accidente laboral**?	❑SÍ ❑NO	Carta o extracto de beneficios que indique la cantidad y el periodo cubierto o **90 días** de talones de pago.
¿Algún miembro de su hogar** recibe **prestaciones del programa SNAP**?	❑SÍ ❑NO	Carta de Aviso de Acción SNAP de prestaciones
¿Algún miembro de su hogar** recibe asistencia de TANF o **asistencia transitoria de TANF**?	❑SÍ ❑NO	Carta TANF o carta de transición TANF
¿Algún miembro de su hogar** recibe ayuda para la **vivienda y/o para los servicios públicos**?	❑SÍ ❑NO	Carta de Asistencia a la Vivienda
¿Algún miembro de su hogar** es dueño de una **propiedad en alquiler o de inversión**?	❑SÍ ❑NO	Contrato de alquiler/documentación que indique el importe de los ingresos.
¿Algún miembro de su hogar** cuenta con **otras fuentes de ingresos**?	❑SÍ ❑NO	Acciones, bonos, depósitos a plazo, 401K, propiedades adicionales, etc. Adjunta **los extractos más recientes de 90** días.
¿Algún miembro de su hogar** tiene una c**uenta corriente, de ahorros o del mercado monetario**?	❑SÍ ❑NO	Adjunta una copia completa de los extractos **actuales de 90 días** de cada cuenta en la que poseas.
¿Declaras que **no tienes ingresos**?	❑SÍ ❑NO	Formulario de verificación de manutención completado por la persona que proporciona su alimentación, alojamiento y gastos de vida diaria**, y** formulario de certificación notarializado (formularios adjuntos al reverso de este paquete). Contamos con notario público y podemos notarizar el formulario.

**** Hogar: cualquier persona que te incluya en su declaración de la renta o a la que tú incluyas en la tuya, personas a tu cargo y/o cónyuge.**

Chesapeake Care
Hoja informativa para pacientes

Date_____
Interviewer_____
Eligibility valid until_____
Chart Number_____

Por favor, imprime

Apellido_____ Nombre _____ Segundo Nombre_____ Sufijo_____

Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ #Seguridad Social/ITIN_____

Dirección _____Apartamento/Parcela #_____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Consentimiento enviar mensajes Sí No

Teléfono de trabajo # _____ Dirección de correo electrónico _____

Mejor teléfono # y hora de contactarte _____

Lengua principal hablada _____ Raza _____ Hispano/Latino ☐Sí ☐ No

Estado civil ☐ Casados ☐Soltero ☐Divorciados ☐ Separados ☐ Viuda

Contacto de emergencia:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono # _____

¿Cómo conociste nuestra clínica? _____

¿Eres ciudadano estadounidense? ☐ Sí ☐ No

Estado laboral ☐Desempleados ☐A tiempo completo ☐ A tiempo parcial ☐ Retirado ☐ Autónomo ☐ Estudiante

Tipo de empleo ☐ Jardinería ☐ Construcción/oficio especializado ☐ Limpieza y limpieza del hogar
☐ Servicio de restauración/restauración ☐ Cuidado infantil ☐Comercio minorista ☐ Sanidad
☐ Otros:_____

Nombre del empleador, teléfono# y dirección _____

En los 12 meses previos a hoy, ¿cuántas veces has ido a urgencias? ☐0 ☐1 ☐ 2 ☐ 3 ☐4 ☐5+

¿Tienes algún seguro médico, Medicare o Medicaid? Sí No
Nombre de la aseguradora _____
¿Tienes seguro dental? Sí No

¿Tienes un plan de salud ocular? Sí No

¿Alguna vez has prestado servicio en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? Sí No

¿Recibes una pensión por discapacidad? Sí No
Si es así, ¿de qué tipo es y cuándo comenzó?

¿Presentaste tu declaración de impuestos del 2025? Sí No
Si no es así, ¿por qué no?
¿Alguien te declara como dependiente? Sí No
Si es así, ¿quién te reclama?
¿Has perdido tu seguro médico en los últimos 12 meses? Sí No

¿Qué tipo de seguro perdiste?
☐ Medicaid ☐ ACA marketplace ☐ Seguro patrocinado por el empleador ☐ otros:
¿Por qué perdiste la cobertura de Medicaid?
☐Aumento de los ingresos ☐ Requisitos laborales ☐ no ciudadano ☐ Documentación incompleta

Office Staff Only

New____ Renewal____ Initial Appt. Date _____

Please Circle MED DEN

Registration completed by_____ _____

Revised 02/23

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 hermorrágico				
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				
Ulcera				
Fracturas				
Otro				

Fecha de su última vacuna contra la gripe ___
Fecha de vacuna contra neumonia _____
Fecha de vacuna contra tétano _____
¿Reacciones a vacunas? _____
Fecha de su última examen dental _____

¿Usted fuma? _____
¿Si fuma, cuántos paquetes/día? _____
¿Cuándo dejaste de fumar? _____
¿Usa tabaco sin humo? _____
¿Con qué frequencia? _____
¿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? _____
Metodo 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/hospitilizaciones

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 cargos.

_____
Nombre escrito

_____ _____
Firma del paciente Fecha de nacimiento

_____ _____
Testigo Fecha

Revised 03/19

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 informacion proporcionada es genuine 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: _____

Direccion: _____

_____

Fecha: _____

Chesapeake Care Clinic

Unemployment Certification Form

Yo, _____ (nombre del paciente), por la presente certifico que:

☐ Actualmente estoy desempleado. No recibo sueldo, salario ni ingresos por trabajo por cuenta propia. He estado desempleado desde _____.

☐ No tengo vivienda.

☐ Soy estudiante de tiempo completo.

☐ No tengo cuenta bancaria.

☐ No presenté mi declaración de impuestos en 2025.

to be signed in front of notary public

Patient Attestation

I certify that the information provided on this form is true and complete to the best of my knowledge. I understand that providing false or misleading information may affect my eligibility for services and may result in denial of assistance.

Signature _____ DOB: _____

VIRGINIA NOTARY ACKNOWLEDGEMENT

COMMONWEALTH OF VIRGINIA

CITY/COUNTY OF _____

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ day of

_____, 20___, by _____.

_____
Signature of Notary Public

Notary Registration Number: _____

My Commission Expires: _____