



Aplicación para la Tarjeta de HeathyCare



Esta es una aplicación para la tarjeta de HealthyCare, un programa de Healthy Community Network.

La tarjeta de HealthyCare (HCC) es un programa para la comunidad que provee descuentos para atender a aquellos pacientes que requieren asistencia financiera con su atención médica. Si usted no tiene seguro médico- Ej. Medicaid, Medicare, Marketplace, o seguro a través de su empleador, usted necesitará enviar esta aplicación.

La tarjeta HealthyCare no es un seguro médico o considerada "Plan de salud Calificado" o "Cobertura Confiable".

¿Para qué está aplicando?

- Asistencia de medicamentos
- Problemas de salud continuos
- Facturas médicas pendientes
- Asistencia de co-pago
- Deducible: cantidad \$ _____
- Dental
- Otro

¿Quién lo refirió al programa del Healthy Community Network? _____

Yo vivo con: _____

Instrucciones:

Abajo hay una lista de documentos para verificación de sus ingresos y recursos, por favor asegúrese de llenar por completo la aplicación e incluir copias de los siguientes documentos:

Use la lista de abajo y marque las copias incluidas con esta aplicación

Declaración federal de impuestos 1040 del año más reciente (**Requerido**)

- Para las personas que trabajan independientemente o que tienen ingresos por inversiones deberán incluir la parte C, D & E cuando sea necesario.

No llené impuestos durante el último año.

Firma

Fecha

- Talones de pago de un mes
 - ___ Semanal: 4 Talones de pago
 - ___ Quincenal: 3 Talones de pago
 - ___ Mensual: 3 Talones de pago
- Ingresos de apoyo (manutención) para los niños, cónyuge
- Carta de asistencia pública, elegibilidad para SNAP
- Estados de cuenta del seguro social y de pensiones del año en curso
- Compensación a los trabajadores/incapacidad
- Carta de beneficios de desempleo
- Proveer una copia de documento de identidad con foto
- Copias de todas las tarjetas de seguros médicos y de prescripciones.
- Estado de cuenta de 3 meses consecutivos de **TODAS** las cuentas de ahorros y de cheques mostrando todos los depósitos. Incluya todas las páginas de todos los estados de cuentas.
- si es trabajador independiente: Copias de 6 meses de todas las cuentas de banco, personales y de negocios
- Copias de facturas de servicios de la casa. Si usted recibe Medicare o recibirá Medicare en el próximo año (vea la sección 5). Ej. Copia de la factura de electricidad, de la renta/hipoteca, calefacción y cualquier otro pago mensual.
- ▶ *Si su estado civil es "separado(a)", debe presentar la información legal que demuestra que esta separado, o deberá presentar copias del ingreso de su esposo/a*

Favor de tener en cuenta que la falta de proveer TODA la documentación requerida evita que la aplicación sea procesada.

Preguntas o inquietudes- Llamar al 800-429-2430

Revised 11/2018

1. Persona Aplicando #1: Cuántas personas viven en su casa: ____

Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
------------------	-----------------------	------------------------

Dirección:	Ciudad:
-------------------	----------------

Estado:	Código postal	Condado	Número de teléfono
----------------	----------------------	----------------	---------------------------

Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año)	Seguro social #:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Declinado
--	-------------------------	---

Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Vive con alguien	Mi estado laboral es: (marque todas las que corresponda) <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> ¿Discapacitado? Si contesto si, ¿desde cuando? _____	Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano americano <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Extranjero temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro _____
--	---	--

Contestaria usted las siguientes preguntas para saber cómo servirle mejor con la comunicación por escrito y oral

El lenguaje que prefiero es: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Cuál de estas categorías describe mejor su raza? <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Raza Mixta <input type="checkbox"/> No Disponible/Desconocido <input type="checkbox"/> Declinado	¿Se considera hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está disponible esta información/No sabe
--	--	---

2. Información cobertura o seguro de salud para la Persona Aplicando #1:

Seguros			Actualmente aplicando		
	Si	No	Si	No	Recientemente Fecha de negación
1. Seguro de salud del empleador		<input type="checkbox"/> Razón: _____			
2. Asistencia médica					
3. Medicare A					
4. Medicare B					
5. Plan de Medicare Advantage					
6. Beneficios de veteranos					
7. Otro seguro privado					
8. Mercado de Seguros					
Cobertura de recetas médicas					
a. SPBP o MH-IDD					
b. PACE/PACENET					
c. Empleador					
d. Medicare Parte D					
e. Mercado de Seguros					
f. Otro					

Person 1 Applying	<p>HCN Use Only Location: _____ Central Case Worker: _____</p> <p>Approved: _____ Denied: _____ Date: _____ HCC Effective Date _____</p> <p>Discount: ___1A WS 100% - HH 100% -- ___1B WS 100% - HH 75% -- ___1C WS 100% - HH 50%</p> <p style="text-align: center;">___2D WS 70% - HH 25% -- ___3E WS 40% - HH 0%</p>
--------------------------	--

1. Persona Aplicando #2: Cuántas personas viven en su casa: ____

Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
------------------	-----------------------	------------------------

Dirección:	Ciudad:
-------------------	----------------

Estado:	Código postal	Condado	Número de teléfono
----------------	----------------------	----------------	---------------------------

Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año)	Seguro social #:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Declinado
--	-------------------------	---

Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Vive con alguien	Mi estado laboral es: (marque todas las que corresponda) <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> ¿Discapacitado? Si contesto si, ¿desde cuando? _____	Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano americano <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Extranjero temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro _____
--	---	--

Contestaria usted las siguientes preguntas para saber cómo servirle mejor con la comunicación por escrito y oral

El lenguaje que prefiero es: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Cuál de estas categorías describe mejor su raza? <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Raza Mixta <input type="checkbox"/> No Disponible/Desconocido <input type="checkbox"/> Declinado	¿Se considera hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está disponible esta información/No sabe
--	--	---

2. Información cobertura o seguro de salud para la Persona Aplicando #2:

Seguros	Actualmente aplicando				
	Si Fecha de inscripción	No	Si	No	Recientemente Fecha de negación
1. Seguro de salud del empleador		<input type="checkbox"/> Razón: _____			
2. Asistencia médica					
3. Medicare A					
4. Medicare B					
5. Plan de Medicare Advantage					
6. Beneficios de veteranos					
7. Otro seguro privado					
8. Mercado de Seguros					
Cobertura de recetas médicas					
a. SPBP o MH-IDD					
b. PACE/PACENET					
c. Empleador					
d. Medicare Parte D					
e. Mercado de Seguros					
f. Otro					

Person 2 Applying	HCN Use Only	Location: _____ Central Case Worker: _____
	Approved: _____ Denied: _____ Date: _____	HCC Effective Date _____
	Discount: ___1A WS 100% - HH 100% -- ___1B WS 100% - HH 75% -- ___1C WS 100% - HH 50%	
	___2D WS 70% - HH 25% -- ___3E WS 40% - HH 0%	

3. Ingreso neto de todas las personas en el Hogar: *Escriba en cantidades de dólares e incluya copias del ingreso*

Fuente de ingreso	Salarios	Cantidad de ingreso bruto	¿Con que frecuencia se recibe este ingreso?	¿Quién recibe el ingreso?
Nombre del empleador:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Durante la estación	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente	
Nombre del empleador	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Durante la estación	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente	
Desempleo		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Sustento de niño/ pensión alimenticia para el conyugue		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Compensación del trabajador		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Ingreso de incapacitado/ Seguro social		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Pensión de retiro		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Inversiones/ingreso de propiedad rentada		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Asistencia pública (efectivo y cupones)		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
Otro		\$	Incluya una copia de la carta de beneficios	
TOTAL:		\$		

Si usted no ha tenido ningún ingreso en los últimos 30 días, favor de llamar al 717-812-2990 (York) o 717-339-2439 (Gettysburg)

4. Información de posesiones del Hogar: **Incluya todas las páginas de los últimos 3 estados de cuenta más recientes de cada cuenta, para los empleados independientes los últimos 6 meses de los estados de cada cuenta bancaria.**

Cuentas:	Balance actual:	¿Quién es el dueño(a)?
Balance de cuenta de cheque	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Balance de cuenta de ahorros	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Otros (Club de Navidad, Club de vacaciones)	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Inversión (acciones, bonos, cuentas de retiro 401(K) y 403(b))	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
IRA	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Mercado de valores	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Certificado de depósito (CD)	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
Otras inversiones (bonos, acciones)	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	

Favor de tener en cuenta que la falta de proveer TODA la documentación requerida evita que la aplicación sea procesada.

Preguntas o inquietudes- Llamar  800-429-2430

5. Información de los gastos del Hogar:

Se requieren fotocopias de las facturas mensuales si usted tiene Medicare o si usted va a ser elegible para Medicare en los siguientes 12 meses

Costo:	Nombre del acreedor	Cantidad:
Renta/hipoteca		
Alquiler de terreno		
Servicios:		
Gas		
Electricidad		
Aceite		
Teléfono/celular(uno)		
Agua		
Basura/alcantarillado		
Seguro:		
Vida		
Médico		
Auto		
Hogar		
Impuestos:		
Propiedad		
Escolar		
Préstamo		
Otro:		

Preguntas o inquietudes- Llamar



800-429-2430

Autorización del Cliente

Al completar y entregar esta solicitud, estoy solicitando un servicio de descuento ofrecido por el programa de la tarjeta de HealthyCareen a través de "Healthy Community Network". Yo entiendo que:

- **HealthyCare Card es un programa de asistencia financiera para atención médica y no es un seguro médico.**
- Doy permiso al Healthy Community Network de pedir y recibir información sobre el estado de mi solicitud de registro en:
 - Departamento de asistencia pública
 - Programa PACE o PACENET
 - Administración de veteranos
 - Compañías farmacéuticas que ofrecen asistencia para medicamentos
 - Otros proveedores de salud participantes en asistencia financiera para ayudarlo a usted
 - Mi empleador
- Entiendo que esta autorización puede vencer entre seis meses y un año después de la fecha de autorización y se puede cancelar por escrito contactando al Healthy Community Network al 3421 Concord Road York, PA 17402 o llamando al 800-429-2430.
- *Haré mi parte para mantener una relación positiva y respetuosa con mis proveedores de cuidado de salud y los empleados de la oficina.*
- **Estoy de acuerdo en notificar a la tarjeta de Healthy Care- Healthy Community Network si yo, o un miembro de mi familia, podemos solicitar un programa de seguro de salud, o si mi ingreso o el de mi familia aumenta o disminuye. Entiendo que mi membresía en el programa puede terminar si no completo las solicitudes para otros programas de cobertura de seguro que pueda recibir, incluyendo, la Asistencia Médica y el Medicare, si es aplicable.**
- También otorgo consentimiento de compartir mi información de salud personal con los empleados del "Healthy Community Network", siempre que la información sea usada en mi tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. Por ejemplo, información de cualquier enfermedad crónica, como la diabetes y enfermedad del corazón, pueden ser usadas por el grupo de cuidado médico para ayudarme mejor.
- Doy permiso para permitirle a las compañías farmacéuticas o la persona que ellos designen a revisar mi información para auditorías en caso de que reciba medicamentos a través de sus programas de asistencia para los pacientes.

Certifico que la información que está arriba acerca de mi ingreso, gastos y dirección está completa y precisa. Certifico que la información de arriba es verdadera bajo el mejor de mi conocimiento y que no estoy intentando cometer fraude. Entiendo que mi membresía en el HealthyCare Card puede ser terminada si encuentran que la información es falsa.

Persona Aplicante #1

Nombre _____ # de SS _____ - ____ - ____ Fecha de Nac. _____

Firma _____ Fecha _____

Relación del firmante con el paciente _____

Persona Aplicante #2

Nombre _____ # de SS _____ - ____ - ____ Fecha de Nac. _____

Firma _____ Fecha _____

Relación del firmante con el paciente _____

La solicitud debe estar firmada para ser procesada

Después de que envíe su solicitud, esta será revisada. Se le notificará por correo la decisión.

Envíe la aplicación completada con copias de todos los documentos requeridos a:

En los condados de Ephrata, Lebanon, y York: o

**Healthy Community Network
116 S. George Street, Suite 101
York, PA 17401
Numero Local: 717-812-2990**

En el condado de Adams:

**Healthy Community Network
39 N. Fifth Street
Gettysburg, PA 17325
Numero Local: 717-339-2439**