



# Aplicación para el programa de HealthyCare Card



Esta es una aplicación para el programa de HealthyCare Card (HCC), un programa de Healthy Community Network.

El HCC es un programa para la comunidad que provee descuentos para aquellos pacientes que requieren asistencia financiera con su atención médica. Si usted no tiene seguro médico- por ejemplo Medicaid, Medicare, Marketplace, o seguro a través de su empleador, usted debe someter documentación.

*El HealthyCare Card no es un seguro médico o considerado un "Plan de salud Calificado" o "Cobertura confiable".*

## ¿Para cual beneficio está aplicando?

Asistencia de medicamentos  Problemas de salud continuos  Facturas médicas pendientes

Asistencia con copagos  Deducible: cantidad \$ \_\_\_\_\_  Dental  Otro

¿Quién lo refirió al programa, 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:

### Declaración Federal de Impuestos 1040 del año más reciente (**Requerido**)

- Para las personas que trabajan independientemente o que tienen ingresos por inversiones usted debe incluir la parte 1, C, D & E si es aplicable.

**No** llené impuestos federales durante el último año.

Firma

Fecha

- Talones de pago más recientes del mes
- \_\_\_ Semanal: 4 Talones de pago
- \_\_\_ Quincenal: 3 Talones de pago
- \_\_\_ Mensual: 3 Talones de pago
- Manutención de los hijos, o cónyuge
- Carta de asistencia pública, elegibilidad para SNAP
- Carta del seguro social y/o pensión(es) del año más reciente
- Compensación de trabajo/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 todas las actividades. Incluya todas las páginas de todos los estados de cuentas.

Estados de cuenta más reciente de retiros o inversiones (ver sección 4)

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. Solamente si usted recibe Medicare o recibirá Medicare en el próximo año (ver 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 que demuestra que está 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.**

**1. Persona Aplicando #1:** Cuantas personas viven en su casa: \_\_\_\_\_

<b>Apellido:</b>	<b>Primer nombre:</b>	<b>Segundo nombre:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	
<b>Estado:</b>	<b>Código postal</b>	<b>Condado</b>	<b>Número de teléfono</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b> (Mes/Día/Año)	<b>Seguro social #:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Declinado	
<b>Estado civil:</b> <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	<b>Mi estado laboral es: (marque todas las que corresponda)</b> <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> ¿Desabilitado? <i>Sí contesto sí, ¿desde cuando?</i> _____	<b>Ciudadanía:</b> <input type="checkbox"/> Ciudadano americano <input type="checkbox"/> Residente permanente Fecha: ____ <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo/DACA <input type="checkbox"/> Extranjero temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro _____	

*Favor de contestar las siguientes preguntas para saber cómo servirle mejor con la comunicación por escrito y oral*

<b>¿Tiene usted doctor primario</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre: _____	<b>¿Cuál de estas categorías describe mejor su raza?</b> <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	<b>¿Se considera usted hispano o latino?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está disponible esta información/No sabe <b>El lenguaje que prefiero es:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**2. Información de cobertura o seguro médico para la persona aplicando #1:**

Seguros	Sí-Fecha de registraci3n	No	Actualmente aplicando		
			Sí	No	Recientemente Fecha de negaci3n
1. Seguro de salud del empleador		<input type="checkbox"/> Raz3n: _____			
2. Asistencia m3dica					
3. Medicare A					
4. Medicare B					
5. Plan de Medicare Advantage					
6. Beneficios de veteranos					
7. Otro seguro privado					
8. Mercado de Seguros					
<b>Cobertura de Medicamentos</b>					
a. SPBP o MH-IDD					
b. PACE/PACENET					
c. Empleador					
d. Medicare Parte D					
e. Mercado de Seguros					
f. Otro					

**Person 1 Applying**

**HCN Use Only**                      Location: \_\_\_\_\_ Central Case Worker: \_\_\_\_\_

Approved: \_\_\_\_\_ Denied: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ HCC Effective Date \_\_\_\_\_

Discount: \_\_\_1A WS 100%/ HH 100%/ MH 100% \_\_\_1D WS 100%/ HH 80%/ MH 80% \_\_\_1E WS 100%/ HH 0%/MH 0%

\_\_\_2 WS 70%/ HH 60%/ MH 80% \_\_\_2E WS 70%/ HH 0%/ MH 0% \_\_\_3 WS 40%/ HH 60%/ MH 80%

\_\_\_3E WS 40%/ HH 0%/ MH 0%

**3. Ingreso neto de todas las personas en el Hogar: Escriba las cantidades en 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	
Manutención para hijos/ 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	
<b>TOTAL:</b>		\$		

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. Trabajadores independientes incluir 6 meses de todas las cuentas.**

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	
401(k) /403(b)	\$ <input type="checkbox"/> No tengo cuenta	
IRA/otro plan de retiro(s)	\$ <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 (Ej. 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 el siguiente año

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

### **Autorización del cliente**

Al completar y entregar esta solicitud, estoy solicitando un servicio de descuento ofrecido por el programa HealthyCare Card 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 a Healthy Community Network de pedir y recibir información sobre el estado de mi solicitud de registro en:

- PA Department of Human Services/County Assistance Office (asistencia pública)
  - Programa PACE o PACENET
  - Compañías farmacéuticas que ofrecen asistencia para medicamentos
  - Otros proveedores de salud participantes en asistencia financiera para ayudarlo a usted
  - Administración de veteranos                      ◦ 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 HealthyCare- Healthy Community Network si yo, o un miembro de mi familia somos elegibles para 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, 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 de HealthyCare Card puede ser terminada si encuentran que la información es falsa.*

#### **Persona Aplicando #1**

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 y 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

**En el condado de Adams:**

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

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

Revised 10/2019