Proyecto Acceso San Diego

Por favor incluya lo siguiente con su aplicación:

- **Prueba de identificación**
  - Una identificación con foto expedida por el gobierno (ie. licencia de manejo, pasaporte, matricula consular, o tarjeta de identificación del estado)
- **Prueba de residencia en San Diego**
  - Si la dirección que esta en su identificación es en el condado de San Diego no necesita entregar otro comprobante
  - Si vive en otra dirección o si su identificación esta vencida necesitamos uno de los documentos siguientes: factura del agua/luz/teléfono en su nombre o contrato de arrendamiento (actual, firmado, y con fecha)
    - *¿Está actualmente sin hogar?:* Incluya una carta del refugio donde usted vive.
    - *¿Está actualmente viviendo con un amigo(a) o familiar?:* Incluya una carta escrita por la persona con la cual usted vive, junto con una factura de agua/luz/teléfono o contrato de arrendamiento en el nombre de esa persona.
- **Prueba de ingresos**
  - Incluya talones de cheque suyos y de su pareja (si aplica) de los últimos 30 días
    - *Recibo ingresos de mi desempleo:* Incluya comprobante de desempleo.
    - *Trabajo por mi propia cuenta:* Incluya sus impuestos del año pasado incluyendo la forma Schedule C y la forma “Declaración de ganancias y pérdidas.”
    - *¿Está recibiendo asistencia para comida?:* Incluya la Notificación de Acción de CalFresh con la cantidad de asistencia financiera concedida.
    - *No tengo ningún tipo de ingreso:* Esplique como cubre sus necesidades básicas como la comida, albergue, y ropa en una carta. Incluya una carta de la persona que lo/la ayuda financieramente.
  - Incluya estados de cuenta bancaria de los últimos 30 días si es aplicable. Si no tiene cuenta bancaria por favor indíquelo en su aplicación o escrito en una carta.
- **Notificación de acción del programa publico al que usted ha aplicado** (CMS, Medi-Cal, LLIHP, Medicare)

Proyecto Acceso de San Diego
Solicitud para el paciente
FAX: (858) 560-0179

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:		Apellido:	
Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre	Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Correo Electrónico:
Estado Civil:	Número de Celular:		Otro Número:
Domicilio:			Código Postal:
¿Vive en el condado de San Diego? ☐ Si ☐ No	Idioma de preferencia:		Pertenencia étnica/ raza:
Religión: ☐ Ninguna ☐ Testigo de Jehová ☐ Católico ☐ Musulmán ☐ Cristiano ☐ Otro	Educación: ☐ Menos de preparatoria ☐ Diploma de preparatoria/ GED ☐ Universidad o más alto		Estado de empleo: ☐ Temporal ☐ Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Retirado ☐ Desempleado ☐ Medio tiempo ☐ Tiempo completo

Contactos de Emergencia:
Nombre:_____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre:_____ Teléfono: _____ Relación:_____

AUTORIZACION PARA COMPARTIR/ SOLICITAR INFORMACIÓN

Yo, _____, fecha de nacimiento ____/____/_____, doy permiso a mi doctor(es) y/o a cualquier otro profesional médico de compartir mi información médica relacionada a mi uso de servicios con Proyecto Acceso de San Diego/ Champions For Health (4699 Murphy Canyon Road, Suite 102, San Diego, CA 92123) y otros servicios asociados. Esta información puede incluir información oral o escrita sobre mi salud y cobros/ beneficios. Esto puede incluir copias de expedientes de cualquier o todos los profesionales médicos.

Propósito de la Solicitud: continuidad de la atención

- Entiendo que mi información personal medica podría ser sujeta a redistribución y no ser protegida por regulaciones federales de privacidad.
- Esta autorización puede ser revocada y/o modificada en cualquier momento excepto en cualquier caso donde la acción ya haya sucedido. Entiendo que si revoco esta autorización tiene que ser por escrito a Proyecto Acceso de San Diego (Champions For Health) 4699 Murphy Canyon Road, Suite 102, San Diego, CA 92123
- Tengo el derecho de pedir copia de la información que se esté compartiendo.
- Si el paciente no puede firmar esta autorización un guardián legal u otra persona con derechos legales debe firmar esta autorización y tiene el derecho de recibir una copia si se es solicitada.

Firma del Paciente/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

FAVOR DE INCLUYIR CON SU APLICACIÓN LO SIGUENTE:

- Comprobante de identificación: incluya una identificación gubernamental con foto (licencia de conducir, matricula consular, o tarjeta de identificación del estado).
- Comprobante de domicilio en San Diego: incluya una factura de utilidad a su nombre o contrato de arrendamiento vigente.
- Comprobante de ingresos: consulte la sección "Información Financiera" para más detalles.
- Si es aplicable: Notificación de acción del programa público al que ha aplicado (Medi-Cal, Medicare, etc.).
- ¿Está actualmente sin hogar? ☐ NO ☐ SI: incluya una carta del refugio donde usted vive.
- Explique su situación en la sección "Declaración de Circunstancias".
- ¿Está actualmente viviendo con una amistad o un familiar? ☐ NO ☐ SI: incluya una carta escrita por la persona con la cual usted vive, junto con una factura de utilidad o contrato de arrendamiento a nombre de esa persona.

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Número total de personas en el hogar: _____

*Incluya a usted mismo, su esposo(a), hijos dependientes, y cualquier otro dependiente de 21 años o menos. (No incluya amigos/compañeros que no contribuyan o sean dependientes de los ingresos del hogar)

Nombre:	Edad:	Relación:	Ingreso Mensual:

INFORMACION DE BENEFICIOS MEDICOS

¿Han aplicado para cobertura medica por medio de?:

☐ MEDI-CAL ☐ COVERED CALIFORNIA (Obamacare)

☐ MEDICARE ☐ Otro seguro médico privado:_____

Por favor explique la razon si se le fue negado alguno de los beneficios medicos antes mencionados o indique si esta en tramites?

INFORMACIÓN FINANCIERA

Para calificar para Proyecto Acceso de San Diego sus ingresos antes de impuestos del **HOGAR,** deben ser 322% o menos del Nivel de Pobreza Federal.

¿Qué es el ingreso mensual (antes de impuestos) de su hogar? **TOTAL: $ _____**

FAVOR DE INCLUIR COMPROBANTE DE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS EN SU HOGAR.

- ☐ **Ingresos de empleo.** Incluya talones de cheque suyos y/o de su pareja (si trabaja) de los últimos 30 días.
- ☐ **Ingresos de desempleo.** Incluya comprobante de desempleo.
- ☐ **Ingreso de trabajo por su cuenta.** Incluya sus impuestos del año pasado, incluyendo la forma "Schedule C" que es la declaración de ganancias y pérdidas.
- ☐ **Ingresos de lo siguiente:**

☐ SSI/ Discapacidad	☐ Cal Works	☐ Child Support/ Manutención	☐ Otro:

¿Recibe asistencia para comida?

☐ NO ☐ SI: Incluya la Notificación de Acción de CalFresh con la cantidad de asistencia financiera concedida.
Cantidad mensual de asistencia de comida: $ _____

☐ **No tengo ningún tipo de ingreso.** Explique cómo cubre sus necesidades básicas:

☐ **Si le falta algún comprobante explique qué falta y por qué:**

AUTORIZACION DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN (OPCIONAL)

Aquellos portavoces de Proyecto Acceso de San Diego son autorizados a usar y/o compartir la información médica indicada a continuación a reporteros para el propósito de reportar. Esta información puede ser compartida a representantes de los medios de comunicación para el periódico, revistas, noticias u otra forma de información compartida por medio del internet. Entiendo que reporteros para tales publicaciones pueden no ser protegidos por regulaciones de privacidad federales. Entiendo que puedo revocar este acuerdo por escrito a cualquier momento, excepto en el caso cuando la acción ya haya sucedido.

Autorizo el uso y divulgación de lo siguiente:

- Nombre, edad
- Información específica sobre mi condición física
- Pronostico medico
- Ciudad, condado, estado, lugar de residencia
- Otro _____

Consentimiento para foto/audio/filmación:

- Doy permiso para foto/audio/filmación para el uso de los medios de comunicación.

Entiendo que no es requerido firmar esta autorización y que no perjudicara mi elegibilidad para obtener cuidado médico bajo el programa de Proyecto Acceso de San Diego.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ACUERDO

Está de acuerdo que: (lea con cuidado—estos son requisitos del programa de Proyecto Acceso de San Diego)

- Trabajará en equipo con su trabajadora de caso de Proyecto Acceso de San Diego quien programará TODAS sus citas médicas y/o cirugías asociadas con los especialistas del programa.
- Seguirá sin falla su tratamiento recetado por el especialista medico (ejemplo, tomará sus medicamentos y seguirá instrucciones dadas por el especialista).
- Se comunicará con su trabajadora de caso después de cada cita para informarle la fecha de su próxima cita y/o cirugía. Si la oficina del especialista le agenda algún procedimiento quirúrgico y usted no se lo comunica a Proyecto Acceso de San Diego inmediatamente usted será responsable de los cobros.
- Proveerá cualquier información requerida por el programa Proyecto Acceso de San Diego para ayudarle con su tratamiento médico.
- Su información será compartida con otros socios del programa tal como se vea apropiado.
- Se comunicará inmediatamente con Proyecto Acceso de San Diego si su información cambia como su domicilio, número de teléfono, o ingresos, al igual si usted es determinado como elegible de algún seguro médico o programa público como Medicare, Medi-Cal, Covered California o cualquier otro tipo de cobertura médica.
- Aplicara para asistencia médica bajo otros programas para otras necesidades como medicamentos o equipo médico tal como determine el Proyecto Acceso de San Diego sea adecuado.
- No faltara a ninguna cita. Si usted falta a cualquier cita sin previo aviso, o menos de 24 horas por adelantado, usted será inmediatamente expulsado del programa indefinidamente.
- Usted debe notificarle a si trabajadora de caso inmediatamente si usted ya no requiere/ necesita los servicios médicos por los cuales fue referido.
- Usted debe notificarle a Proyecto Acceso de San Diego inmediatamente si usted tiene planeado salir del condado/ país por cualquier cantidad de tiempo.

Usted entiende que:

- Su elegibilidad es por 6 meses o hasta que el especialista le dé de alta.
- Proyecto Acceso de San Diego no es un plan se seguro médico.
- Debe llegar A TIEMPO a todas sus citas médicas.
- Debe informarle al Proyecto Acceso de San Diego siete días antes de su cita si requiere transporte o interprete.
- Si usted provee información falsa en cualquier forma usted será descalificado del programa.
- Si está buscando acción legal por su enfermedad o daño físico no es elegible para el programa.
- Si falta a una cita usted será inmediatamente expulsado del programa. Usted debe avisarle al programa con tiempo si no puede asistir a una cita para que Proyecto Acceso de San Diego le pueda reprogramar su cita.
- Costos asociados con la sala de emergencia, ambulancia, hospitalizaciones previas, o citas que usted hace por su propia cuenta, NO son cubiertas bajo el programa.
- Solo medicamentos recetados por el especialista de Proyecto Acceso de San Diego serán cubiertos bajo el programa. Estos medicamentos deben ser aprobados por su trabajadora de caso y usted es responsable de avisar que medicamentos necesitara. Si existe un programa fuera de Proyecto Acceso de San Diego que done o ayude a pagar la medicina, Proyecto Acceso de San Diego le ayudara a aplicar para ese programa. Usted debe pagar cualquier medicamento que este bajo el formulario de $4 o $10 dólares o que este bajo su alcance financiero.
- Si el especialista le ordena análisis de sangre, usted tiene que comunicarse con su clínica de la comunidad para que su doctor primario le orden los análisis en su clínica. Los cobros de los análisis de sangre corren por la cuenta del paciente.

Usted certifica que:

- Vive en el condado de San Diego.
- Sus ingresos están bajo los límites que permite el programa.
- No tiene seguro médico ni califica para seguro médico por medio de programas públicos o empleo.
- Proporciono todos los comprobantes requeridos para ser considerado en el programa:

  - ☐ Aplicación completamente llenada y firmada
  - ☐ Comprobante de identificación gubernamental con fotografía
  - ☐ Comprobante de domicilio en el condado de San Diego
  - ☐ Comprobante de ingresos de los últimos 30 días
  - ☐ “Autorización para Compartir/Colectar Información” firmada
  - ☐ “Autorización de Medios de Comunicación” firmada (opcional)

Certifico que las formas incluidas en esta aplicación junto con la información proporcionada son completamente verdaderas y completas. Certifico que mis declaraciones son ciertas basadas en mi mejor conocimiento. Entiendo que si falsifico alguna información o comprobante yo seré 100% responsable de pagar todos mis gastos médicos proveídos bajo el programa de Proyecto Acceso de San Diego.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____