

Sección 1: Información de Solicitante

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ M F No. de Seguro: _____ ITIN#: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
¿Está sin hogar? Sí No Condado/Estado en el que reside: _____
Mejor número de contacto: Casa Celular Trabajo Mensaje Numero: () _____ - _____
Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Pareja doméstica registrada
¿Es usted residente legal de los EE. UU.? Sí No Lugar de nacimiento: _____
¿Está embarazada? Sí No Fecha prevista de parto: _____

Sección 2: Información del hogar

Enumere las personas que viven actualmente en su hogar: ***Para miembros adicionales del hogar, notifique al trabajador.**
Nombre: _____ Parentesco: _____ ¿Menor de edad? Sí No
Nombre: _____ Parentesco: _____ ¿Menor de edad? Sí No
Nombre: _____ Parentesco: _____ ¿Menor de edad? Sí No
Nombre: _____ Parentesco: _____ ¿Menor de edad? Sí No
¿Paga alquiler o hipoteca? Alquiler Hipoteca Ninguno Su cantidad compartida: _____
¿Está recibiendo vivienda gratis o trabaja a cambio de vivienda gratis? Sí No
Nombre del proveedor: _____ Parentesco: _____

Sección 3: Otra información de cobertura

¿Ha solicitado beneficios de Medi-Cal? Sí No Si es el caso, fecha de solicitud: _____
Estado del caso: Pendiente/Fecha: _____ Aprobado/Fecha: _____ Denegado/Fecha: _____
¿Tiene alguna otra cobertura? Sí No ***En caso afirmativo, marque las opciones que apliquen a usted.**
 Seguro de salud Medicare Seguro de Asuntos de Veteranos Seguro de auto Medi-Cal de emergencias
 Covered CA Medi-Cal Share of Cost (SOC) Programa de Esperanza Care Otro: _____

Sección 4: Información de ingresos

¿Está trabajando actualmente? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuando se le paga? Cada semana Cada dos semanas Mensualmente
Nombre del empleador: _____
¿Está empleado su cónyuge/pareja? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuando se le paga? Cada semana Cada dos semanas Mensualmente
Nombre del empleador: _____
¿Usted o su cónyuge/pareja trabajan por su propia cuenta? Sí No
Nombre del negocio: _____ Tipo de negocio: _____

¿Usted o su cónyuge/pareja reciben ingresos de lo siguiente?

***Por favor, marque las opciones que apliquen a usted.**

- Desempleo Discapacidad estatal Seguro Social Compensación de trabajadores Pensión Jubilación
 Estampillas de comida Manutención conyugal Manutención de niños Ayuda financiera para estudiantes Ninguno

¿Usted o su cónyuge/pareja han recibido un pago de suma global en los últimos dos (2) años? Sí No

Monto total: _____ Fecha en que se recibió la suma global: _____

¿Usted o su cónyuge/pareja declaran impuestos? Sí No Último año fiscal presentado: _____

Si no presentó la solicitud, indique el motivo: _____

¿Usted o su cónyuge/pareja reciben ingresos de lo siguiente?

***Por favor, marque las opciones que apliquen a usted.**

- Casa Edificios comerciales Terreno privado Terreno Comercial Ninguno Otro: _____

¿Usted o su cónyuge/pareja tienen otros ingresos no mencionados anteriormente? Sí No

Si responde sí, explique: _____ ¿Con qué frecuencia se paga? _____

Sección 5: Información de capital

¿Usted o su cónyuge/pareja tienen alguna cuenta bancaria? Sí No

***Si posee varias cuentas, notifique al trabajador.**

Chequera Ahorros Nombre de Banco: _____ ¿Cuenta compartida? Sí No

Chequera Ahorros Nombre de Banco: _____ ¿Cuenta compartida? Sí No

Cuenta de Negocios Nombre de Banco: _____ ¿Cuenta compartida? Sí No

¿Usted o su cónyuge/pareja son propietarios privadas, terrenos, edificios privados o edificios comerciales? Sí No

En caso afirmativo, ¿usted o su cónyuge/pareja han vendido o realizado una transferencia en los últimos dos (2) años? Sí No

Sección 6: Información médica

Motivo(s) para solicitar asistencia médica:

- Laboratorios Servicios de Cirugía
 Recetas Visita a la sala de emergencias Fecha: _____
 Servicios de Radiología Servicios para pacientes internados Fecha: _____
 Servicios en la clínica de especialidades Otro: _____

¿Cuál es su condición médica? _____

¿Ha tenido lesiones o accidentes en los últimos cinco (5) años? Sí No

***En caso afirmativo, describa su lesión a continuación. Si hay más de una lesión, notifique al trabajador.**

Lesiones automovilísticas Accidente de trabajo Caída Agresión Otro: _____

Describa su lesión: _____

Fecha de la lesión: _____ ¿Está llevando a cabo alguna acción legal? Sí No

¿Hubo un acuerdo? Sí No Fecha de liquidación: _____ Monto de liquidación: _____

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que mis declaraciones están sujetas a verificación. También entiendo que, si doy declaraciones falsas o retengo información, el solicitante será descontinuado del programa y puede ser procesado por fraude.

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Derechos y responsabilidades del solicitante

Las personas que solicitan asistencia a través de la Unidad de Asesoramiento Financiero de Natividad tienen los siguientes derechos:

1. El derecho a solicitar un intérprete.
2. El derecho a ser tratado de manera justa y equitativa independiente de su edad, sexo, orientación sexual, su raza, estado económico, discapacidades, su condición médica, nivel de educación seglar, su estado civil, el estado de registro de su pareja doméstica, su religión, genealogía, origen nacional o la fuente de ingresos para pagar por su atención médica.
3. El derecho a solicitar asistencia financiera para atención médica y mantenerse informado por escrito de no ser aprobado por los programas de la Unidad de Asesoramiento Financiero, incluso si el representante del programa determina que el solicitante puede que no califique.
4. El derecho a revisar la información sobre los programas de la Unidad de Asesoramiento Financiero.
5. El derecho a que toda la información personal proporcionada al Unidad de Asesoramiento Financiero se mantenga confidencial bajo la Ley de Reglas de Privacidad de HIPAA.
6. El derecho a apelar cualquier acción tomada por la Unidad de Asesoramiento Financiera.

El solicitante tiene la responsabilidad de notificar a la Unidad de Asesoramiento Financiero dentro de diez (10) días si:

1. La residencia y/o dirección postal del solicitante ha cambiado.
2. Un niño o padre ausente regresa al hogar.
3. La pareja o esposa del solicitante queda embarazada.
4. El solicitante adopta a un niño menor de edad o se le otorga la tutela legal de un menor.
5. El solicitante sufre una discapacidad física o mental.
6. El solicitante solicita los beneficios del Seguro Social bajo el Departamento de Administración del Seguro Social.
7. El solicitante recibe beneficios a través de: Departamento de Administración del Seguro Social, Administración de Veteranos o bajo los Programas de Jubilación Ferroviario.

El solicitante tiene la responsabilidad de:

1. Solicitar y proporcionar una tarjeta de Seguro Social.
2. Solicitar los recursos de atención medica que puedan estar disponibles para el solicitante y notificar a un representante de la Unidad de Asesoramiento Financiero de dicha solicitud.
3. Solicitar cualquier ingreso que pueda estar disponible para el solicitante.
4. Informar cualquier cobertura de atención médica a la que el solicitante tenga derecho a usar o reciba antes de usar su elegibilidad bajo el programa de la Unidad de Asesoramiento Financiero.
5. Reportar cualquier lesión y accidente. Esto incluye autolesiones, lesiones bajo compensación laboral, accidentes automovilísticos, agresiones, etc.
6. Reportar cualquier servicio de atención médica recibido como resultado de un accidente o lesión causada por un tercero.
7. Reembolsar al condado por los servicios de atención medica recibidos a través de los programas del condado de Monterey cuando se haya recibido un pago debido a una lesión o accidente para el cual solicita asistencia.
8. Proporcionar documentación legal de una autorización escrita que represente o actúe en nombre de los asuntos privados del solicitante, en caso de que el solicitante no esté disponible o sea incoherente debido a una razón médica.

Declaración del solicitante:

- Declaro que se me han comunicado los derechos y responsabilidades.
- Declaro que entiendo completamente mis responsabilidades y cumpliré con los requisitos mencionados anteriormente.
- Declaro bajo pena de perjurio que la información en la solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.
- Entiendo que se me puede pedir pruebas de mis declaraciones y que mis declaraciones están sujetas a verificación por parte de mi empleador, bancos personales, agencias de crédito, búsquedas de propiedades, etc.
- Entiendo que si deliberadamente hago una declaración falsa o retengo cualquier información, seré suspendido del programa y/o procesado por fraude como resultado de mis acciones.
- Entiendo que un representante de la Unidad de Asesoramiento Financiero puede comunicarse conmigo para iniciar el proceso de solicitud de Medi-Cal y que cooperaré plenamente con Medi-Cal en el proceso de solicitud. De lo contrario, puede resultar en la denegación retroactiva de los programas de la Unidad de Asesoramiento Financiero.
- Por la presente autorizo a la Unidad de Asesoramiento Financiero a obtener y divulgar información médica, financiera y de elegibilidad, necesaria para determinar la elegibilidad, procesar reclamos o realizar una revisión de utilización y administración de casos.
- Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Firma del trabajador de elegibilidad: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Título: _____