

HealthyCare Card Aplicación

Esta es una aplicación para la tarjeta de HealthyCare, un programa de Healthy Community Network. La tarjeta de HealthyCare (HCC) es un nuevo programa que ofrece descuentos para atender a aquellos que requieren asistencia financiera con su atención médica.

Healthy Community Network requiere que todas las personas obtengan seguro médico siempre cuando sea posible.

La tarjeta Healthy Care Card no es un seguro o se considera un "plan de salud cualificado" o cobertura creíble".

¿Por qué está solicitando? Asistencia de medicamentos Problemas de salud Facturas médicas pendientes Asistencia de co-pago Deducible: cantidad \$ _____

Quien lo refirió al programa del Healthy Community Network? _____

¿Tienes un plan de seguro médico? __ Sí __ No

No, ¿por qué y tienes que presentar documentación y las razones por las que no tienen las siguientes

- Plan de seguro de salud del empleador _____
- El Mercado de Seguros Médicos www.CuidadoDeSalud.gov _____
- HealthChoices PA (Asistencia Medica) www.compass.state.pa.gov _____
- Otro seguro _____

Si usted no es elegible para seguro de salud a través del mercado de seguro de Salud Federal debido a su ciudadanía o estatus de residencia, usted puede ser elegible para la tarjeta HealthyCare.

Si, tengo seguro de salud.

- Si usted tiene Medicare u otra forma de seguro de salud usted puede ser elegible para recibir asistencia con altos gastos de desembolso.
- Si usted tiene Medicare o seguro primario puede aplicar.

Si usted es elegible para seguro de salud, usted tendrá que aplicar para esas opciones antes de presentar la solicitud. Si tiene preguntas puede llamarnos y podemos ayudar a guiarlo.

Envíe la aplicación completada con copias de toda la documentación requerida y franqueo correcto en el sobre a

En el condados de York y Lebanon:
Healthy Community Network
116 S. George Street, Suite 101
York, PA 17401

En el condado de Adams:
Healthy Community Network
39 N. Fifth Street
Gettysburg, PA 17325



¿Preguntas?

Llama a Healthy Community Network

Condado de York: 717-812-2990

Condado de Adams: 717-339-2439

<input type="checkbox"/> Primera vez aplicar
<input type="checkbox"/> Renovando

HealthyCare Card Instrucciones de Aplicación

Asegúrese de completar toda la solicitud e incluir copias de lo siguiente:

(Marque esta lista con las copias que debe incluir con esta solicitud)

- Declaración federal de impuestos 1040 del año más reciente (Requerido)
 - Para las personas que son trabajadores independientes o que tienen ingresos por inversiones deberán incluir el schedule C, D & E cuando sea necesario.

No llené impuestos durante el último año.	
<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Talones de pago de un mes
___ Semanal: 4 Talones de pago
___ Quincenal: 3 Talones de pago
___ Mensual: 3 Talones de pago | <input type="checkbox"/> Carta de elegibilidad de Asistencia Publica, ayuda de efectivo y (o) del programa SNAP |
| <input type="checkbox"/> Carta de beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Compensación a los Trabajadores/ Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de apoyo (manutención) para los niños, ingresos de manutención del cónyuge | |
| <input type="checkbox"/> Estados de cuenta del seguro social y de pensiones del año en curso
<i>Si usted no ha tenido ingresos durante los últimos 30 días, por favor llame 1-800-429-2430</i> | |
| <input type="checkbox"/> Provee una copia de foto ID | <input type="checkbox"/> Copias de todas las tarjetas de seguros médico |
| <input type="checkbox"/> Estado(s) de cuenta(s) bancarios y bienes domésticos (incluya todas las páginas)
___ Copias de <u>3 meses</u> de estados bancarios completos para todas las cuentas
___ <u>Para los trabajadores independientes</u> : Copias de <u>6 meses</u> de todas las cuentas personales (cheque y(o) ahorros) y de su negocio | |
| <input type="checkbox"/> Si usted recibe Medicare o recibirá Medicare durante el próximo año debe traer las copias de cuentas que paga en su hogar. <i>(Vea la sección 4 en la página 4)</i> | |

► Si su estado civil es "separado", debe presentar la información legal que demuestra que esta separado, o debera presentar copias del ingreso de su esposo/a

IMPORTANTE: Solicitudes incompletas serán devueltas y no se procesarán.

1. INFORMACIÓN DEL HOGAR :		Total de personas en el hogar: _____		
		¿Cuántos dependientes clamo en su declaración federal de impuestos: _____		
Nombre:		Número de Teléfono:		
		Hogar: _____ Celular: _____		
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:	
2. INGRESO BRUTO DE TODAS LAS PERSONAS EN EL HOGAR:				
Escriba en cantidades de dólares e incluya copias del ingreso		NO deje en blanco		
Fuente de ingreso	Salarios	Cantidad de ingreso bruto	¿Cuán a menudo es este ingreso recibido?	¿Quién recibe el ingreso?
Empleo:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estacional	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente	
Empleo:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estacional	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente	
Empleo:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estacional	\$	<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		\$	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	
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:		\$		
3. INFORMACIÓN DE POSESIONES DEL HOGAR:				
		Incluya todas las páginas de los últimos 3 estados de cuenta más recientes, para trabajadores independientes los últimos 6 meses		
Cuentas: Copias necesarias de cada estado de cuenta		Balance Actual: No Deje En blanco		¿De quién es la posesión?
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		
Cuenta de Money Market	\$	<input type="checkbox"/> No tengo cuenta		
Certificado de deposito (CD)	\$	<input type="checkbox"/> No tengo cuenta		
Otras inversiones (bonos, acciones)	\$	<input type="checkbox"/> No tengo cuenta		

4. INFORMACION DE LOS GASTOS DEL HOGAR:

Las personas que tienen Medicare, o que *van a recibir Medicare* dentro de los próximos 12 meses deben entregar copias de las facturas mensuales

Costo:	Pago mensual:	Balance de la cuenta:
Renta/hipoteca	\$	
Alquiler de terreno	\$	
Utilidades:		
Gas	\$	
Electricidad	\$	
Aceite	\$	
Teléfono/celular(uno)	\$	
Agua	\$	
Basura/alcantarillado	\$	
Seguro:		
Vida	\$	
Médico	\$	
Auto	\$	
Hogar	\$	
Impuestos:	\$	
Propiedad	\$	
Escolar	\$	
Préstamo	\$	
Cuentas Médicas/Doctor	\$	
Medicinas	\$	
Transportación	\$	
Otro:	\$	
TOTAL	\$	

5. Persona Aplicando #1:					
Apellido:		Nombre:		Inicial:	Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año)
Seguro Social #:					
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Vive con alguien		Relación: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre	
				<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Etnicidad:		Raza:			
¿Se considera hispano o latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está disponible esta información/No sabe		¿Cuál de estas categorías describe mayor su raza? <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano 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"/> Declinar		El lenguaje que prefiero es: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
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 sí, ¿desde cuando? _____		¿Tiene doctor de cabecera? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si-Nombre del doctor _____		Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro _____	
INFORMACIÓN DE COBERTURA O SEGURO DE SALUD PARA LA PERSONA APLICANDO #1:					
Seguros	Si		Actualmente aplicando		Aplicado(a) pero negado(a)
	Fecha inscritos	No	Si	No	Si Fecha denegación
1. Seguro de Salud del Empleador	<input type="checkbox"/> Razon:				
2. Asistencia Médica					
3. Medicare Parte A					
4. Medicare Parte B					
5. Plan de Medicare Advantage					
6. Beneficios de Veterano					
7. Otro seguro privado					
8. Mercado de Seguros					
Cobertura de recetas medicas					
a. SPBP or MH-IDD					
b. PACE/PACENET					
c. Empleador					
d. Medicare Parte D					
e. Mercado de Seguros					
f. Otro					
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%					

Toda la información de ésta solicitud es confidencial.

Autorización del Cliente

Al completar y entregar esta solicitud, estoy solicitando un descuento en los servicios médicos mediante el "Healthy Community Network". Yo entiendo que:

- **Healthy Care Card no es seguro de salud o cobertura creíble**
- **Mi proveedor de cuidado de salud me esta dando un descuento por mi cuidado**
- Doy permiso al Healthy Community Network de pedir y recibir información sobre el estado de mi solicitud de registro en los programas de:
 - Departamento de Asistencia Pública
 - Programa PACE o PACENET
 - Administración de veteranos
 - Compañías farmacéuticas que ofrecen asistencia para medicamentos
 - Mi empleador
- Entiendo que ésta 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.
- Debo cumplir mis citas médicas. Si no me presento, en dos o más citas, sin dar aviso a mi proveedor de cuidado de salud, puede que mi participación en el programa sea revocada
- *Daré de mi parte para mantener una relación positiva y respetuosa con mi doctor, mi proveedor de cuidado de salud y los empleados de la oficina*
- **Estoy de acuerdo que notificaré a Healthy Care Card- 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 lleno las solicitudes para otros programas de cobertura de seguro que pueda recibir, incluyendo, la Asistencia Medica y el Medicare, si así es el caso.**
- También otorgo consentimiento de compartir mi información de salud personal con miembros 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 auditorias en caso de que reciba medicamentos a través de sus programas de asistencia para los pacientes.

Certifico que la información que está arriba revela todo mi ingreso, gastos y dirección completos. 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 Healthy Care Card puede ser terminada si encuentran que la información es falsa.

Nombre del paciente _____ # de SS _____ - ____ - _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

Firma _____ Fecha (mes/día/año) _____

Relación al paciente _____

La solicitud debe estar firmada para ser procesada

Después de que envíe su solicitud, será revisada. Si es aprobada, recibirá una tarjeta plástica en el correo, si no es aprobada, recibirá una notificación por correo.

5. Persona Aplicando #2:						
Apellido:		Nombre:		Inicial:	Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año)	
Seguro Social #:						
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Vive con alguien		Relación: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre		
				<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Etnicidad:		Raza:				
¿Se considera hispano o latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está disponible esta información/No sabe		¿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 Norteamericano 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"/> Declinar			El lenguaje que prefiero es: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
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? _____		¿Tiene doctor de cabecera? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si-Nombre del doctor _____			Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro _____	
INFORMACIÓN DE COBERTURA O SEGURO DE SALUD PARA LA PERSONA APLICANDO #2:						
Seguros	Si		Actualmente aplicando		Aplicado(a) pero negado(a)	
	Fecha inscritos	No	Si	No	Si Fecha denegación	
1. Seguro de Salud del Empleador	<input type="checkbox"/> Razon:					
2. Asistencia Médica						
3. Medicare Parte A						
4. Medicare Parte B						
5. Plan de Medicare Advantage						
6. Beneficios de Veterano						
7. Otro seguro privado						
8. Mercado de Seguros						
Cobertura de recetas medicas						
a. SPBP or MH-IDD						
b. PACE/PACENET						
c. Empleador						
d. Medicare Parte D						
e. Mercado de Seguros						
f. Otro						
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%						

Toda la información de ésta solicitud es confidencial.

Autorización del Cliente

Al completar y entregar esta solicitud, estoy solicitando un descuento en los servicios médicos mediante el "Healthy Community Network". Yo entiendo que:

- **Healthy Care Card no es seguro de salud o cobertura creíble**
- **Mi proveedor de cuidado de salud me esta dando un descuento por mi cuidado**
- Doy permiso al Healthy Community Network de pedir y recibir información sobre el estado de mi solicitud de registro en los programas de:
 - Departamento de Asistencia Pública
 - Programa PACE o PACENET
 - Administración de veteranos
 - Compañías farmacéuticas que ofrecen asistencia para medicamentos
 - Mi empleador
- Entiendo que ésta 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.
- Debo cumplir mis citas médicas. Si no me presento, en dos o más citas, sin dar aviso a mi proveedor de cuidado de salud, puede que mi participación en el programa sea revocada
- *Daré de mi parte para mantener una relación positiva y respetuosa con mi doctor, mi proveedor de cuidado de salud y los empleados de la oficina*
- **Estoy de acuerdo que notificaré a Healthy Care Card- 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 lleno las solicitudes para otros programas de cobertura de seguro que pueda recibir, incluyendo, la Asistencia Medica y el Medicare, si así es el caso.**
- También otorgo consentimiento de compartir mi información de salud personal con miembros 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 auditorias en caso de que reciba medicamentos a través de sus programas de asistencia para los pacientes.

Certifico que la información que está arriba revela todo mi ingreso, gastos y dirección completos. 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 Healthy Care Card puede ser terminada si encuentran que la información es falsa.

Nombre del paciente _____ # de SS _____ - ____ - _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

Firma _____ Fecha (mes/día/año) _____

Relación al paciente _____

La solicitud debe estar firmada para ser procesada

Después de que envíe su solicitud, será revisada. Si es aprobada, recibirá una tarjeta plástica en el correo, si no es aprobada, recibirá una notificación por correo.