



## PROCESO DE ELIGIBILIDAD Y AUTORIZACION

Debido al alto volúmen de solicitantes, no podemos garantizar servicios rápidos. Nos esforzamos por revisar cada solicitud según el orden en que se recibe. En Samaritan Health Ministries, podemos ofrecer otros recursos que puedan estar disponibles para usted. Tenga en cuenta que todos los solicitantes deben completar nuestro proceso de selección. Dentro de nuestro proceso de selección, solicitamos ciertos criterios y documentación para determinar la elegibilidad. Nos enorgullece proteger la privacidad de todos nuestros solicitantes bajo el cumplimiento de HIPPA. Tenga en cuenta que la documentación que solicitamos antes de ser evaluados es para asegurarnos de proporcionarle los recursos adecuados que puedan servirle mejor. Todas las evaluaciones de elegibilidad son **SOLO CON CITA PREVIA**. Si tiene una cita para una evaluación, requerimos que **TODA LA DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD** se presente en el momento de su cita. Si no puede traer **TODA su DOCUMENTACION REQUERIDA** reprogramaremos su cita de evaluación, lo que podría causar un retraso mayor en la determinación de su elegibilidad y en los servicios de nuestra clínica. Si tiene una cita para una evaluación y no puede asistir, esto se considerará como **NO SHOW**. Nuestras citas de evaluación de elegibilidad tienen una **POLÍTICA DE TOLERANCIA CERO PARA CITAS A LAS QUE NO ACUDE (NO SHOW)**. No asistir a la cita de evaluación de elegibilidad causará un retraso mayor en la evaluación de su elegibilidad en nuestra clínica y en la recepción de servicios de nuestra clínica.

- Debe notificar a la clínica con 48 horas hábiles de anticipación para cancelar cualquiera de sus citas de detección para que otro paciente pueda llenar su espacio de citas. Si la cita no se cancela con 48 horas hábiles de anticipación, se considerará no presentada.  
**La clinica esta abierta solo Martes, Miercoles, y Jueves de 9:00am a 2:00pm. Dejar un mensaje de voz no es opcion fuera de estas horas.**
- Si no asiste a su cita, se considerará que no se presentó. Si no se presenta a ninguna cita en un período de 12 meses consecutivos, usted (el paciente) no será elegible para recibir servicios médicos/medicamentos durante los próximos 12 meses.
- Si llega más de 10 minutos tarde a su cita, su visita se cancelará y se considerará que no se presenta.

*Agradecemos sinceramente que haya elegido Samaritan Health Ministries y confiado en nuestro personal para servirle mejor. Gracias por su continuo apoyo y comprensión de nuestras políticas. Esperamos seguir sirviéndole a usted y a los residentes del condado de Greater Williamson*

FIRMA	
NOMBRE DEL APLICANTE	FECHA:
FIRMA DEL APLICANTE	

**\*\*Si el aplicante es menor a los 18 años de edad, la persona que le acompaña debe atestiguar que la información proporcionada es correcta y que ha sido entendida por ambas partes\*\*\***

FIRMAS	
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:	FECHA:
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE:	



## REQUISITOS DE EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Para determinar su elegibilidad, debe traer **TODA** la documentación requerida a continuación en el momento de su cita o no podremos evaluarlo. No aceptamos ninguna documentación o solicitud a través de correo electrónico o fax. Para hacerse la prueba de detección, debe programar una cita de detección. Tenga en cuenta que las citas de evaluación de elegibilidad **NO TIENEN TOLERANCIA PARA NO PRESENTARSE**. Para brindar un mejor servicio de calidad, llame a nuestra oficina con 48 horas de anticipación durante el horario de oficina al 512-331-5828 para reagendar su cita de elegibilidad. Nuestro horario de oficina actualmente es **MARTES, MIÉRCOLES y JUEVES de 9:00am a 2:00pm**

**Asegúrese de tener la siguiente documentación de respaldo para acompañar su solicitud:**

- **Identificación:** NO aceptamos copias de identificación.
  - Identificación con fotografía
  - Licencia de manejo
  - Pasaporte
  - Visa
  - Matricula Consular
  
- **Comprobante de ingresos (los solicitantes deben proporcionar uno y/o uno de los siguientes para obtener ingresos):**
  - Income tax mas reciente que no exceda mas de 18 meses.
  - 2 meses de estados de cuenta bancarios recientes a su nombre.
  - Carta de remision por dificultades economicas (que se proporciona a continuacion en este paquete) Esta carta solo le permite 90 dias de elegibilidad.

\* Si Usted actualmente se encuentra sin empleo o trabaja por su cuenta
  
- **Comprobante de Domicilio**
  - Factura reciente de agua/gas/servicios públicos
  - Contrato de arrendamiento a su nombre
  - Seguro de coche

*Durante su entrevista, le podran indicar que quiza Usted califique para el programa de servicios para pacientes indigentes del Condado de Williamson (WILCO) . Este proceso se lleva a cabo a traves del personal del Condado de Williamson.*



**INFORMACION DEL APLICANTE \*REQUERIDA**

\*Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Primer Nombre Apellido Inicial del Segundo Nombre/Sufijo

\*SSN (Número de Seguro Social): \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*Identidad de género: \_\_\_\_\_

\*Domicilio: \_\_\_\_\_

Dirección de la calle Número de apartamento Ciudad Estado Código postal

\*Condado:  Williamson  Travis  Otro

\*Teléfono móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \*Teléfono de casa/trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Se requiere una dirección de correo electrónico; cada solicitante debe proporcionar su propia dirección de correo electrónico **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

\*CIUDADANIA  Ciudadano USA  Residente permanente  Visita  Otro

\*IDIOMA PREFERIDO:  Inglés  Español  OTRO \_\_\_\_\_

\*¿ES UD VETERANO?: Sí  No

Si indicó ser Veterano, NO ES NECESARIO QUE CONTINUE LLENANDO LA APLICACION

\*ESTADO CIVIL:  Soltero/Nunca casado  Casado/Unión libre  Divorciado/Separado/Viudo

\*ETNICIDAD:  Hispano o latino  No hispano/No latino

\*RAZA :  Asiático  Afroamericano/Negro  Caucásico  Nativo americano  Otro

EMPLEO:  Desempleado  Discapacitado\*\*  Cónyuge trabaja  Tiempo parcial

Tiempo completo  Mantenido por familia/amigo

Número de adultos en la familia: \_\_\_\_\_ Número de niños menores de 19 años: \_\_\_\_\_ Ingresos anuales \_\_\_\_\_

\*\*Si Usted es Discapacitado y recibe SSI/SSDI, es necesario que aplique para obtener Medicaid. No es necesario que continúe con esta aplicación

FAMILIARES			
Nombre	Apellido	Relación	Número Telefónico

**Autorización para dar información/ Contacto de emergencia**

Usted autoriza que otra persona recoja sus medicamentos en caso de que Usted no pueda acudir a la clínica?

Si (en caso de responder afirmativamente, continúe a la siguiente sección)

No

**Autorización para dar informes médicos**

Nombre	Apellido	Relación	Número Telefónico

En Samaritan Health Ministries nos enorgullecemos de proteger la privacidad de nuestros solicitantes/pacientes. No firme esta sección si no autoriza a nuestra clínica a divulgar ninguna de sus información. La información sobre usted no puede ser divulgada a otros sin su consentimiento, excepto según lo autorizado por la ley

**Yo entiendo**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## DECLARACION DE INGRESOS Y FRAUDE

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre:	Fecha:
SSN:	Fecha de Nacimiento:

### DECLARACION DE FRAUDE

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente afirmo que los ingresos son correctos y podrán ser verificados si es necesario.  
Si mis ingresos cambian, debido a la pérdida de un trabajo, un nuevo empleo o ingresos recibidos de cualquier fuente, acepto informar sobre los cambios a Samaritan Health Ministries. La información aquí proporcionada será verificada. También entiendo que no informar sobre el empleo o los ingresos de cualquier fuente podría resultar en sanciones civiles o penales.  
**También puedo ser responsable del PAGO COMPLETO por cualquier servicio médico recibido a través de Samaritan Health Ministries.**

### HERRAMIENTA DE EVALUACION DE INGRESOS

Ingreso total del hogar	Mensual	Anual
Ocupacion:		
Numero de adultos en la casa	Numero de dependientes en el hogar	
PARA USO DE OFICINA: (TOTAL#):		
Iniciales del Paciente	Iniciales del personal de la clínica:	

### FIRMAS

NOMBRE:	FECHA:
FIRMA:	
FIRMA DEL TESTIGO:	



## CARTA DE REMISIÓN POR DIFICULTADES ECONÓMICAS

**Esta carta solo proporciona un máximo de 90 días de elegibilidad.**

Complete este formulario si alguien además de su cónyuge lo apoya proporcionándole vivienda o pagando sus gastos. **Esta carta debe ser completada por la persona o organización que le brinda apoyo.**

RE: Samaritan Health Ministries:

A quien corresponda:

Esta carta es para verificar que yo o mi organización estamos apoyando a \_\_\_\_\_ de la siguiente manera:

	Al proporcionar actualmente apoyo financiero completo para sus necesidades y gastos básicos, debido a que no recibe suficiente o ningún ingreso para cubrirlos.
	Proporcionando apoyo para la vivienda porque carecen de arreglos de vivienda fijos, regulares o adecuados
	Acreditando que esta persona es autónoma y sus ingresos son esporádicos. A esta persona se le paga en efectivo y su ingreso semanal estimado es _____
	Dando fe de que esta persona no tiene ingresos y actualmente no tiene hogar.
	Apoyándolas en su intento de huir de la violencia doméstica, la violencia en el noviazgo, la agresión sexual, el acecho u otros peligros o condiciones que amenazan la vida que se relacionan con la violencia contra el individuo o un miembro de la familia

Asi mismo atestiguo que dicha persona reside en \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente

**DOY FE DE QUE ESTA INFORMACIÓN ES VERÍDICA HASTA DONDE YO SÉ. PUEDEN PONERSE EN CONTACTO CONMIGO PARA CUALQUIER PREGUNTA O INVESTIGACIÓN ADICIONAL EN LA INFORMACIÓN QUE SE PROPORCIONA A CONTINUACIÓN.**

Persona que apoya/Institución \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_