



INFORMACION REQUERIDA PARA APLICAR AL PROGRAMA DE CUIDADO MEDICO

Todos los solicitantes deben presentar los siguientes documentos al momento de la cita

- **2 pruebas de residencia en el condado-Indian River County-actual y de los pasados 6 meses**
- **1 identificación un foto o 2 formas de poder verificar su identificad**
- **Verificación de ingreso en el hogar por las pasadas 8 semanas**

Prueba de residencia puede ser:

- Recibo de luz, Agua*
- Recibo de teléfono*
- Recibo del alquiler*
- Licencia de conducir
- Recibo de Impuesto
- Extensión de Vivendi
- Otros documentos aceptados por El Distrito

*NOTA: P.O. Boxes no son aceptados
Como prueba de residencia*

Si le interesa aplicar para este programa por pavor llame al:

(772)257-8224

Verificación de ingreso debe ser:

Aplicantes Actualmente Trabajando

1. 8 tala nanos de cheque de su empleador indicando sueldo bruto.
2. Para aplicantes con negocio propio copia de su forma 1040 Income Tax.

Aplicantes Desempleados

1. Carta explicando como a sustentado su hogar sin ningún ingreso.
2. Carta de alguna persona o lugar que le a sustentado económicamente te y copia de identificación con foto.

Si esta colectando desempleo necesita traer:

1. Copia de cheque o carta de la oficina de desempleo.

Aplicantes con Impedimentos Físicos

1. Carta del departamento de Disability indicando que usted tiene un impedimento tú Físico/salud.
2. Prueba de la cantidad de dinero que recibe de Disability.

Aplicantes que Rebuén Beneficios de Seguro Social

1. Prueba de la cantidad que recibe mensual de beneficios de Seguro Social.

**Si tiene preguntas por favor llame al,
772-257-8224 y presenté por las
siguientes: extensiones de teléfono:**

Central Vero: Ext. **1261**

Oslo: Ext. **1140**

Fellsmere: Ext. **1115**

Sebastian: Ext. **1190**

Vero Dental: Ext. 1208

POR FAVOR LLAMENOS PARA HACERCITA

Todos los residentes del condado de Indian River pueden ser elegibles para el programa Indigente sin importar edad, raza, sexo o estado migra tonó. La elegibilidad es basada en el ingreso en el hogar y el tamaño de su familia. **Personas con Medicad no son elegibles para el programa.** El programa Indigente solo cubre servicios en Treasure Coast Community Health; servicios fuera de nuestras clínicas no son cubiertos por el programa Indigente.



APPLICATION PARA *Asistencia Financiera*

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Aplicación: _____

Estatus Marital: Sortero Casado Viudo Divorciado Separado

Nombre del Encargado: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad _____, Código/Postal _____

Dirección Residencial: _____ Ciudad _____, Código/Postal _____

Cuanto tiempo tiene de Residente Indian River _____ Años _____ Meses

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Información de Familia/Personal

Nombre de los Miembros Del la Familia	Relación	Edad	Fecha de Nacimiento	Ciudadano de EU?	Segaranza Médica	Numero de Seguro Social	Empleado Y/N
	<i>Paciente</i>						

TOTAL Numero de Familia: _____

Información Financiera/Accesos

Empleo del Guardián del paciente Dirección de Empleo Sueldo Mensual

Ocupación del Esposo o Esposa Dirección de Empleo Sueldo Mensual

Otros Otra Fuentada Ingreso Sueldo Mensual

Monthly Deductions for Childcare Expenses / Spousal Support

Court Ordered Child Support \$ _____ / month

Court Ordered Spousal Support \$ _____ / month

Comments: _____

Yo certifico que la informacion dada es correcta y entiendo que se basa en la ley sect: 817.50 del Estado de la Florida, que prover informacion falsa al hospital para Obtener beneficios es considerado un fraude o delito menor en Segundo grado.

Yo autorizo a Tcch de verificar la informacion dada por mi y se que TCCH hara todo lo possible por mantener esta informacion completamente confidencial.

Y tambien entiendo que van a colectar en caso de tener Aseguranza o Aseguranza de Recuperacion y Dental ; y de estas no pagar las visitas Entonces seria por mi parte o una tercera obcion por parte de TCCH si qualifico para un descuento de slinding scale.

Firma del Apicante

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Yo certifico que soy recidentente del Condado De Indian River desde hace 6 meses o mas y toda informacion es correcta , y si en todo caso de que se Pruebe que la informacion es falsa , se que podria ser denegada mi aplicacion.

Firma del Apicante

Fecha

Firma de Testigo

Fecha



SLIDING FEE SCALE PROGRAM
DECLARACION DE GANANCIAS

Yo, _____ certifico que trabajo por mi cuenta o que he trabajado por dinero en efectivo, durante los últimos _____ meses / años.

Mi promedio de ganancias mensuales es de \$_____. No tengo documentación de ganancias y no he declarado impuestos de ganancias obtenidas.

Por lo general, trabajo haciendo _____. Si necesita contactar a alguien para verificar esta información, puede llamar y pedir una referencia a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Número de Teléfono: _____

Hago constar que toda la información enlistada aquí es correcta y verdadera en mi mejor conocimiento. Entiendo que el proveer información falsa con la intención de defraudar a un hospital a fin de obtener bienes o servicios es un DELITO en segundo grado, de acuerdo a la cláusula SECT. 817.50, del Estatuto del Estado de la Florida.

Firma del Solicitante

Fecha

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION PERSONAL

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Direccion: _____

Yo, _____, autorizo al Indian River Hospital District y sus agencias financiadas en las que se incluyen el Indian River County Health Department, Indian River Medical Center, Inc., Mental Health Association, Mental Health Collaborative, New Horizons, Inc. Treasure Coast Community Health, Inc. University of Florida Center for Psychiatry and Addiction, y el Visiting Nurse Association of The Treasure Coast, Inc. y a sus sucesores y cesionarios (Colectivamente Distrito y sus Agencias Financiadas:) a divulgar, liberar, comunicar, mantener, y compartir entre el Distrito y sus Agencias Financiadas, segun sea necesario, la informacion privada y la documentacion (informacion colectiva) contenida en mi aplicacion para calificar como indigente y asi determinar si es que yo aplico para ese status segun los parametros establecidos por el Indian River County Hospital District y el Manuel para Determinar la Elegibilidad de Asistencia al Indigente.

Esta informacion privada que yo autorizo sea liberada para el Distrito y sus Agencias Financiadas puede incluir, pero no limita a : mi nombre, direccion, numero telefonico, numero de seguro social, FICO score, los ingresos monetarios del hogar, informacion supervisada por el gobierno, asistencia recibida por el gobierno, declaraciones de impuestos, informacion de nominas de sueldos, asi como obligacion financiera del hogar personales, si es necesario.

Entiendo que parte o' toda de esta informacion clasifica como informacion privada con respeto a un individuo.

Entiendo que es necesario para el Distrito y sus Agencias Financiadas tener acceso a esta informacion privada a fin de que determinen si soy calificado como Indigente.

Entiendo que el Distrito y sus Agencias Financiadas tomaron las medidas necesarias para salvaguardar mi informacion privada y no lo divulgaran a terceras partes sin mi previo consentimiento.

Estoy de acuerdo en compensar y mantener indemne al Indian River County Hospital District y sus Agencias Financiadas, sus administradores, empleados, oficiales, empresarios, y representantes de toda responsabilidad a causa de las lesiones, omisiones, acciones, causas de accion, reclamaciones, pleito, juicios, y danos, incluso costo de corte y honorarios de abogados(para todos los asuntos incluyendo procedimientos administrativos de litigio y apelacion), devengados como resultado de liberacion de me informacion privada entre el Distrito y sus Agencias Financiadas con el proposito de determinar me elegibilidad como indigente, incluso cualquier acto de negligencia o mala conducta intencional por el Distrito y sus Agencias Financiadas sus administradores, empleados, oficiales, empresarios, y representantes o cualquier otra accion que surja de la aplicacion del presente acuerdo .

Esta autorizacion no sera valida hasta tanto no sea firmada por mi persona y surtira efecto hasta que yo al anule por escrito y entregue me revocacion al Indian River County Hospital District.

TESTIGOS:

Firma _____

Fecha : _____

Nombre _____

Firma Del Aplicante _____

Firma _____

Nombre: _____

Testificacion De Prueba de Residencia

Fecha _____

Yo, _____, residente del
Condado de Indian River.

Residiendo en el: _____

Testifico que _____

Ha sido un residente del Condado Indian River por 6 meses o'
mas y conosco que reside en :

Direccion

**(La persona completando esta forma debe presentar una Foto de Identificacion
Personal verificando que reside en el Condado de Indian River.)**

Firma

Nombre



TREASURE COAST COMMUNITY HEALTH, INC.

777 37th Street Suite B-104 Vero Beach, FL 32960

Telephone: (772) 778-4780 Fax: (772) 778-7980

LETTER OF SUPPORT/CARTA DE APOYO

FECHA: _____

Yo, _____ certifico que estoy apoyando a el Senor/Senora
_____ para mantenerse economicamente en su casa
localizada en la proxima direccion _____.

Fecha Desde: _____ Hasta: _____

La Persona arriba referida es mi _____
(relacion)

Yo Entiendo que esta firma de esta carta de apoyo me obligara de ninguna manera
a pagar los costos del cuidado medico de el paciente.

Firma: _____

Nombre: _____

Direccion: _____

Numero de telefono: _____

**La persona que llena el formulario debe presentar identificacion de foto o
hacer la firma certificada ante un notario)**