



Criterios de Determinación para la Tarjeta Anaranjada GCCN

Usted debe de ser residente del Condado de Guilford (mínimo por 3 meses, 6 meses preferido)
Usted no puede ser elegible para seguro medico respaldado por el estado o gobierno federal, incluyendo: Administración de Veteranos, Medicaid o Medicare, o el Affordable Care Act (ACA) Mercado de Seguros de Salud
*(exención requerida si ese legible para el ACA)
Estar en el 0-200% de la Línea de Pobreza Federal (FPL)
Si su ingreso anual es de 0-100% FPL, usted debe traer una carta de negación de Medicaid
*Si su ingreso anual es por lo menos 100% FPL, primero se le requiere ver si es elegible para inscribirse en el ACA Mercado de Seguros de Salud antes de inscribirse en el GCCN. www.healthcare.gov. Si usted no es elegible para inscribirse en el ACA o si es exento, entonces puede aplicar para GCCN.

Identificación Fotográfica

Identificación Valida con Foto: licencia de conducir, identificación del estado, pasaporte, o identificación de su país de origen.

Prueba de Residencia en el Condado de Guilford (Elija uno debajo) (min. 3 meses, 6 meses preferido)

Licencia de Conducir o permiso de NC, Identificación emitida por el estado
Factura de servicios actuales con nombre y dirección (3 mas recientes)
Estado de cuenta actual del condado / ciudad
Declaración de hipoteca con dirección de residencia / Contrato de alquiler con la dirección de la residencia, su nombre y el nombre de su propietario
Si no tiene hogar, su refugio debe darnos una carta, en papel membretado, que indique que se queda allí. Usted también debe tener una identificación fotográfica emitida por lo menos 3 meses antes de inscribirse.

Prueba de Ingreso Económico (Todos los que aplican a usted y a cada persona en su casa)

1040/Declaración de Impuestos del año pasado, W-2, 1099
Forma 4506-T (Si los impuestos no se presentaron para el año anterior)
Verificación **Notariada** de Propio Empleo Forma C de su declaración de impuestos
Por lo menos cuatro (4) talones de cheque actuales y/o prueba de su empleador
Otros ingresos: Seguro social, desempleo, manutención de los hijos, compensación de trabajadores
Carta de Aprobación de Estampillas de Comida (si recibe la asistencia) – **Para Información SOLAMENTE**
Carta de soporte económico **Notariada** (Si no tiene un ingreso y/o recibe asistencia de un albergue o de algún individuo o organización) MAS tres (3) meses de facturas de servicios del lugar en donde vive

Prueba de Comercio Activo (Todas las que aplican)

Estado de cuenta bancario mas reciente (cuenta de cheque, ahorros, CD's, etc.)
Si vive de sus ahorros, debe proveer tres (3) de sus estados de cuenta bancarios mas recientes
Información de Seguro de Vida (Valor en Efectivo / Nombre de la Compañía)
Pensión, 401-K, IRA, Monto Bruto, etc.
Valor de los impuestos en autos, propiedades, casas, casas móviles, etc.
Si usted aplico para discapacidad: Documentación de Discapacidad (ejemplo: copia de su carta de aprobación)

Para Estudiantes Universitarios

Documentación (impreso) sobre forma de pagos de la Universidad (en papel escolar con logotipo)
Copia (impreso) de todas las cartas de aceptación de becas
Copia del retorno de impuestos de los padres (si aplica)



NUEVA APLICACION GCCN

Nombre: _____ Fecha: _____
(Apellido) (Primero)

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Dirección: _____

¿Cuanto tiempo has vivido en el Condado de Guilford? _____
Ciudad Código Postal

Telefónico Primario: _____ # Telefónico Alternativo: _____

Contacto de Emergencia:

(Nombre) (Relación) (# de Teléfono)

¿Reside en el Condado de Guilford? Si No

¿Cual es su Seguro principal? Ninguno Medicaid Medicare Seguro Privado
Otro

¿Eres Hispano o Latino? Si No Elijo No Responder

Raza: Caucásico Afroamericano Asiático Indio Americano Otro
Elijo No Responder

¿En que idioma te sientes mas cómodo hablando? _____

Preguntas estandaristas de evaluación de SDOH

<https://files.nc.gov/ncdhhs/documents/SDOH>

Screening-Tool_Paper_FINAL_20180405.pdf)

Alojamiento

¿Tienes vivienda? (Si/no)

¿Te preocupa perder tu vivienda? (Si/no)

En los últimos 12 meses, usted o los miembros de su familia con los que ha vivido no han podido obtener servicios públicos (calor, electricidad) cuando realmente se necesitaba?

(Si/no)

Comida

En los últimos 12 meses, ¿te preocupaba que tu comida se agote antes de que tengas dinero para comprar más? (Si/no)

En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró simplemente no duró y no tuvo dinero para obtener más? (Si/no)

Transporte

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió acudir a citas médicas, obtener sus medicamentos, reuniones o citas no médicas, trabajar o recibir las cosas que necesita? (Si/no)

Seguridad interpersonal

¿Te sientes física y emocionalmente seguro donde vives actualmente? (Si/No)

En los últimos 12 meses, ¿alguien te ha golpeado, abofeteado, pateado o herido de otra forma? (Si/no)

En los últimos 12 meses, ¿ha sido humillado o abusado emocionalmente de otras formas por su pareja o ex pareja? (Si/no)

Necesidad (es) urgente (es)

¿Alguna de tus necesidades es urgente? Por ejemplo, no tengo comida para esta noche, no tengo un lugar para dormir esta noche, ¿me temo que me lastimaré si me voy a casa hoy? (Si/no)

¿Cuántos miembros de la familia, incluido usted, viven actualmente con usted? _____

Información de Miembros de la Familia		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

Referencias Bancarias:

Cuenta de Ahorros con: _____ # de Cuenta: _____ Balance
Aproximado: _____

Cuenta de Cheques con: _____ # de Cuenta: _____ Balance
Aproximado: _____

Todo lo que he declarado en esta solicitud es correcta en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que es necesaria esta aplicación con el fin de obtener mi acceso a la Red de Atención Comunitaria Guilford (GCCN) y autorizo a que GCCN revise mi historial de crédito, historial de empleo o cualquier otra información que aparece en este formulario. Si yo proporciono información falsa, no voy a ser elegible para los servicios de GCCN por un período de un (1) año a partir de la fecha indicada a continuación. Al firmar este formulario, autorizo el uso de mi número de seguro social y el contacto con los miembros de mi familia con el propósito verificar la información suministrada en este formulario.

Solicitante / Firma del Garante: _____ Fecha: _____

For Office Use Only:

Eligibility staff signature: _____ Agency name: _____

Eligibility staff phone number and extension: _____

Please indicate if a Medicaid application was performed: (Y or N)

Autorización del Cliente para Revelar y Compartir Información

Definición de Guilford Community Care Network:

Guilford Community Care Network es una sociedad que opera como un acuerdo de Atención de Salud. (Lista de agencias participantes están disponibles a petición) Las siguientes organizaciones son parte de GCCN (pero no se limitan a): Sistemas de Salud de Cone Health y High Point Regional, Departamento de Salud del Condado de Guilford, Triad Adult & Pediatric Medicine, Inc., Médicos de Eagle en Asociación con el Cuidado a la Comunidad. Al firmar este formulario, usted autoriza el uso o revelación de su información médica o la de sus dependientes por parte de GCCN, para así ofrecer tratamiento, pago u operaciones de cuidados médicos. Usted o sus dependientes tienen el derecho de revisar las prácticas de privacidad de GCCN antes de firmar esta autorización. Usted también entiende que GCCN utiliza un sistema automatizado el cual puede llamar a la casa de la persona recibiendo tratamiento si existe una cita. Al firmar este formulario, usted da permiso para que GCCN llame a su casa o a la casa de las personas autorizadas anteriormente en referencia a citas relacionadas con el cuidado médico de los mismos. Los socios de GCCN trabajan juntos y podrían revelar información médica sobre usted o sus dependientes entre ellos. Esto ayudaría a asegurar un servicio médico consistente, de alta calidad, apropiado a un buen costo.

Propósito de Revelación o Intercambio de Información:

El propósito de esta autorización es permitir que el personal de las agencias GCCN tomen las acciones necesarias para cumplir con mis necesidades y las de los menores de los que soy responsable a través de la coordinación de identificación de servicio, planificación y entrega.

Protección de Información que será compartida:

Nosotros (Agencias de GCCN) protegemos la información en GCCN con limitación estricta a quienes puedan accederla. Nosotros requerimos la firma de todas las agencias y personal autorizado para así mantener la confidencialidad y seguridad de su información.

Autorización para Revelar y Compartir Información:

Yo otorgo mi permiso para que mi información sea ingresada en el sistema informativo de GCCN y que sea compartida con la Red de Agencias la cual será utilizada para la coordinación de mi cuidado, tratamiento y servicios de evaluación. Una lista de esta Red está disponible a petición. Mi información se mantendrá confidencial y no será utilizada en mercadeo o propósitos de ventas; tampoco será compartida con ninguna persona fuera de GCCN sin mi autorización escrita. Yo entiendo que puedo negar acceso a parte o a toda mi información, limitando el acceso a alguna agencia de la red en cualquier momento de manera escrita. Si yo elijo no dar mi autorización, mi negativa no impedirá que pueda recibir cuidado médico de parte de GCCN y su personal. GCCN se reserva el derecho de negar servicios no médicos basados en sus propias pólizas y procesos (Agencias de Servicios Sociales). GCCN se reserva el derecho de agregar agencias en cualquier momento para así ofrecer mejores oportunidades de asistencia. **Yo por medio del presente autorizo la revelación y el compartir mi información individualmente identificable. Yo entiendo que esta autorización caducará en un (1) año de la fecha firmada a continuación.**

Liberación de Responsabilidad:

POR MEDIO DEL PRESENTE, YO LIBERO AL CONDADO DE GUILFORD, CMIS, P4HM Y LOS PROGRAMAS AVANZADOS DE SALUD DE CAROLINA DEL NORTE Y TODA LA RED DE AGENCIAS QUE PARTICIPAN AHORA Ó EN EL FUTURO, DE CUALQUIER Y DE TODA RESPONSABILIDAD LEGAL QUE PUEDAN SURGIR A CAUSA DE LA REVELACIÓN DE MI INFORMACIÓN.

Registros de Alcohol/ Drogas/ Enfermedades Infecciosas/ Salud Mental:

Los grupos que toman parte en este acuerdo entienden que estos antecedentes están protegidos por la Regulación Federal 42 CFR, Parte 2. Revelación de estos antecedentes requieren permiso específico. Yo entiendo que dicho permiso de estos antecedentes está iniciado a continuación. **YO ENTIENDO** que estos antecedentes están protegidos bajo ley federal y estatal y no pueden ser revelados sin mi permiso escrito a no ser de que así sea requerido por la ley. Yo, además entiendo, que el tipo específico de información que sea revelado pueda, si es necesario, incluir diagnósticos, pronóstico y tratamiento de enfermedades físicas y mentales, incluyendo el tratamiento contra el abuso de alcohol ó de alguna sustancia. La siguiente información **no será excluida** al ser compartida con la red de agencias: 1) enfermedades de transmisión sexual 2) síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). GCCN requiere que toda la información de salud mental y de abuso de sustancias sea compartida para poder ofrecerle mejor cuidado. Si usted no desea compartir esta información, usted no podrá participar de esta red de cuidado.

Firma: _____ Fecha: _____

Cliente ó Representante Legal

Restricciones de la Agencia:

Yo entiendo que al no revelar ni compartir mi información pueda limitar la capacidad de las agencias para la coordinación del cuidado para mí y para los menores por quienes soy responsable. Si no deseo que mi información médica sea compartida con ningún proveedor/agencia, yo debo notificarle a mi proveedor médico.

Derecho a Revocar la Autorización:

YO PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, POR ESCRITO, ANTES DE QUE LA INFORMACIÓN HALLA SIDO REVELADA. YO, ADEMÁS ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.

Firma:

Al firmar este acuerdo, yo reconozco que he leído cuidadosamente, entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriormente mencionados.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre, Guardián /Representante Legal: _____

Escriba su Nombre: _____ Relación con el Cliente: _____



Patient Name:	Eligibility Period: Patients DOB
Agency Issuing this Card:	
Agency Rep's Name:	Rep's Phone #
Level %:	Other Coverage:
City of Residence:	Household Information

Formulario de la Responsabilidad del Paciente

Vision del Programa

Guilford Community Care Network (GCCN) es una asociación en nuestra comunidad administrada por Guilford Adult Health Inc. con el propósito de mejorar la coordinación de servicios médicos ofrecidos por doctores en nuestra comunidad. Los doctores de GCCN, clínicas del área, farmacéuticos, hospitales y otras personas donan sus servicios para establecer un hogar médico para usted. Este no es un programa gubernamental ni tampoco un "derecho". Nuestra ayuda puede finalizar en cualquier momento y por cualquier razón. GCCN no cubre gastos de Sala de Emergencias, Servicios de Cuidado Urgente, Servicios de Ambulancia ni permanencias en el hospital, pero sí provee acceso a cuidado médico. Sus responsabilidades bajo este programa, la asistencia disponible y otras condiciones pueden cambiar en cualquier momento. Al firmar este formulario, usted autoriza a GCCN que verifique la información que nos da, por medio del estado y otras agencias. Nos reservamos el derecho de requerir pago por cualquier asistencia que haya recibido basándonos en que la información que usted nos haya dado sea inexacta ó incorrecta.

General

Usted está de acuerdo con que:

1. No hará citas con ningún especialista, clínica u hospital. **Cualquier cita hecha será responsabilidad del paciente.**
2. Seguirá su plan de tratamiento, por ejemplo, tomará todo medicamento recetado como se le ordenó.
3. Entregará rápidamente cualquier información requerida por este programa.
4. Al firmar este formulario, nos permitirá usar o revelar su información médica protegida ó la de su dependiente para llevar a cabo tratamiento médico, pagos o cualquier asunto médico. GCNN es una sociedad trabajando como un Acuerdo Organizado de Cuidado de la Salud.
5. Llamará inmediatamente a GCNN si su ingreso económico cambia o si empieza a recibir Medicare, Medicaid, seguro privado, otro tipo de seguro o beneficio médico.
6. Aplicará para Medicaid u otro programa de asistencia cuando así lo requiramos.
7. Llamará inmediatamente a GCNN con cualquier cambio de dirección o número telefónico.
8. Mantendrá su elegibilidad de GCCN al día y actualizada.

Referidos

Usted está de acuerdo con que:

1. **Mantendrá las citas con su doctor. Es responsabilidad del paciente si él / ella necesita cambiar una cita. El paciente debe llamar PRIMERO a la oficina de la especialidad donde la cita está programada no menos de 2 días laborales / hábiles antes de la hora programada para la cita. Luego, el paciente debe llamar al P4CC y notificar la actualización dentro de 2 días laborales / hábiles antes de la hora programada para la cita. Si el paciente no llama para cancelar o reprogramar 2 días laborales / hábiles antes de la hora de la cita, esto se considera que usted falto su cita. El paciente debe esperar 6 meses antes de que se pueda hacer otra cita especializada. La póliza del Guilford Dental Access Program es independiente de esta póliza.**
2. **Presentará su tarjeta de identificación de GCCN cada vez que venga a ver a su doctor.**

3. Llamará a su doctor de cabecera si usted necesita más referidos. Si va a ver a algún doctor que no participa con GCCN, **usted será financieramente responsable por cualquier cobro que se le haga.**

Asistencia para Medicinas

Usted entiende que:

1. Su tarjeta de identificación lo ayudará a recibir asistencia para medicinas que se encuentran en el formulario de GCCN. Co-pagos estarán listados en su tarjeta de identificación. No todos los medicamentos están disponibles por medio de este programa. Por favor comparta el formulario de GCCN con su doctor para que él / ella pueda elegir un medicamento que figure en el formulario.
2. Usted solo podrá recoger sus medicamentos cubiertos por GCCN en la ubicación aprobada provista por su especialista en elegibilidad e inscripción.
3. Usted deberá de presentar su tarjeta de identificación cada vez que surta su receta.
4. Usted debe de mantener su elegibilidad con GCCN actualizada todo el tiempo.

GCCN no garantiza citas con cualquier proveedor médico. Al firmar a continuación, usted confirma que entiende y que está de acuerdo con las condiciones ya mencionadas. Si usted no sigue las reglas mencionadas anteriormente, podría ser despedido(a) de GCCN.

Firma: _____

Fecha: _____