



### **Requisitos de Elegibilidad de GCCN**

- Usted debe de ser residente del Condado de Guilford (mínimo por 3 meses, 6 meses preferido)
- Usted no puede ser elegible o estar inscrito actualmente para un seguro de salud respaldado por el estado o gobierno federal, que incluye: Administración de Veteranos, Medicaid o Medicare, TRICARE o La ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) Mercado de Seguros de Salud \*(exención requerida si no es elegible para el ACA)
- Su ingreso anual debe estar dentro de 0-200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)
- Si su ingreso anual es 0-100% FPL, usted debe traer una carta de negación de Medicaid. Si no puede presentar la carta de negación de Medicaid, por favor notifique al personal de inscripción.
- Si su ingreso anual es igual/arriba del 100% FPL, primero debe ver si es elegible para inscribirse en el ACA Mercado de Seguros de Salud antes de inscribirse en el GCCN. [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). Si usted no es elegible para inscribirse en el ACA o se encuentra exento, puede aplicar para GCCN.
- Si asiste a un Colegio o Universidad con un centro de salud, no calificaría para el programa.

### **Prueba de Residencia en el Condado de Guilford (Todo lo que corresponda) (min. 3 meses, 6 meses preferido)**

- **\*Se Requiere** Identificación válida con Foto actual: licencia de conducir de NC, identificación del estado, pasaporte, o identificación de su país de origen.
- Factura de servicios actuales con nombre y dirección
- Estado de cuenta actual con su 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 usted vive con alguien, debe traer una carta notariada con la dirección incluida y una factura de servicios públicos actual de esa persona.
- Si no tiene hogar, su refugio/agencia residencial debe darnos una carta, en papel membretado, que indique que se queda allí. (Por ejemplo: una carta del IRC declarando que no tiene refugio)

### **Prueba de Ingresos (Todas las que aplican y a cada persona en su casa que presenta en la declaración de impuestos)**

- 1040/Declaración de Impuestos del año pasado, W-2, 1099
- Forma 4506-T/ verificación que no presento impuestos (Si no presentaron impuestos para el año anterior)
  - Llame: 1-800-908-9946; Dirección: 4905 Koger Blvd Greensboro; Visita [www.IRS.gov/transcript](http://www.IRS.gov/transcript)
- Verificación **Notariada** de Propio Empleo Forma C
- Últimos 90 días de recibos de sueldo para cada miembro que trabaja en su hogar que presenta en la declaración de impuestos
  - Además, comprobante del empleador que muestre si le pagan semanalmente, quincenalmente o mensualmente
- Otros ingresos: Seguro social, desempleo, manutención de los hijos, compensación de trabajadores
- Carta de Aprobación de Estampillas de Comida (si recibe la asistencia) – **SOLAMENTE** para información
- Carta de apoyo **Notariada** (Si no tiene ingresos y/o si recibe refugio de una persona/organización)
  - Además, **tres (3) meses** de facturas de servicios de la residencia donde se hospeda.
- Documentación de recompensa financiera en el membrete oficial
  - No aplica para estudiantes que asisten a un colegio o universidad con un centro de salud
- **Si usted aplica para discapacidad:** información sobre los ingresos por discapacidad

### **Prueba de Comercio Activo (Todas las que aplican)**

- Estado de cuenta bancario **actual y completo** de los últimos 90 días reciente (cuenta de cheque, ahorros, CD's, etc.)
- Información de Seguro de Vida (Valor en Efectivo / Nombre de la Compañía)
- Pensión, 401-K, IRA factura que muestran el valor actual, Monto Bruto, etc



**APLICACION DE GCCN**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primero)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 # de Seguro Social (si es aplicable) : \_\_\_\_\_

---

Dirección	Ciudad/Estado	Código Postal
-----------	---------------	---------------

¿Cuánto tiempo has vivido en el Condado de Guilford? \_\_\_\_\_

# Telefónico Primario: \_\_\_\_\_ # Telefónico Alternativo: \_\_\_\_\_

---

¿Tienes una cuenta bancaria? Si  No

Estado Civil: Soltero/a  Casado/a  Unión libre  Divorciado/a  viudo/a

Género: Femenino  Masculino  Transgénero de mujer a hombre  Transgénero hombre a mujer  Elijo No Responder

¿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? \_\_\_\_\_

**Vivienda**

¿Tienes vivienda? Si  No

¿Te preocupa perder tu vivienda? Si  No

¿En los últimos 12 meses, usted o 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 compro simplemente no duro y no tuvo dinero para obtener más? Si  No

**Transporte**

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió asistir 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 lastimare si me voy a casa hoy. Si  No

**Miembros de la Familia**

¿Cuantos miembros de la familia, incluido usted, viven actualmente con usted? \_\_\_\_\_

<b>Información de Miembros de la Familia</b>		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

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: \_\_\_\_\_

### **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:	<b>Eligibility Period:</b> 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

### Visión 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. Lamar para establecerse con su clínica de cabecera asignado ubicado en frente de su tarjeta naranja.
2. No hará citas con ningún especialista, clínica u hospital. **Cualquier cita hecha será responsabilidad del paciente.**
3. Seguirá su plan de tratamiento, por ejemplo, tomará todo medicamento recetado como se le ordenó.
4. Entregará rápidamente cualquier información requerida por este programa.
5. 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.
6. **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.**
7. Aplicará para cobertura de salud de Medicaid u otro programa de asistencia cuando así lo requiramos o cuando necesite (exento requerido si no es elegible para el ACA).
8. Llamará inmediatamente a GCNN con cualquier cambio de dirección o número telefónico.
9. Mantendrá su elegibilidad de GCCN al día y actualizada.
10. Debe llamar a la oficina administrativa de GCCN para confirmar cualquier cita de atención especializada. Si no confirma, su cita puede ser cancelada.

### Referencias

Usted está de acuerdo con que:

1. Mantendrá las citas con su doctor. Es su responsabilidad si necesita cambiar/cancelar una cita. 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. Si usted no llama para cancelar o cambiar 2 días laborales / hábiles antes de la hora de la cita, esto se considera que usted faltó su cita. El paciente debe esperar 6 meses antes de que se pueda hacer otra cita especializada.

2. **La póliza del Programa Dental para Adultos Guilford (Guilford Dental Access Program): Si no se presenta a 2 citas que tenía programadas, no podrá programar otra cita por los próximos 6 meses. Si no se presenta a su cita por 3 ves después de su suspensión de 6 meses, será despedido de la clínica dental.**
3. Presentará su tarjeta de GCCN y una identificación con foto cada vez que venga a ver a su doctor y cualquier tarifa/copago asociado (si corresponde).
4. Llamará a su doctor de cabecera si usted necesita más referencias. Si va ver algún doctor que no participa con GCCN o si usted programa su propia cita de atención especializada, **usted será financieramente responsable por cualquier cobro que se le haga.**

### **Asistencia para Medicinas**

Usted entiende que:

1. Su tarjeta naranja de GCCN y su identificación con foto lo ayudará a recibir asistencia para medicinas que se encuentran en el formulario de farmacia de GCDHHS. Co-pagos estarán listados en su tarjeta naranja de GCCN. No todos los medicamentos están disponibles por medio de este programa.
2. Usted solo podrá recoger sus medicamentos que están disponibles en el formulario en la ubicación aprobada provista por su especialista en elegibilidad e inscripción.
3. Usted deberá de presentar su tarjeta naranja de GCCN y una identificación con foto cada vez que surta su receta.
4. Usted debe de mantener su elegibilidad con GCCN actualizada todo el tiempo y siga los requisitos del programa de asistencia con medicamentos.

### **La Póliza de pacientes Groseros, Enojados o descontentos de GCCN/ Violación de la Póliza de Inscripción**

Usted entiende que:

Los pacientes, miembros de la familia y otros visitantes que muestran cualquiera de los siguientes comportamientos mencionados a continuación (en persona o por teléfono) se someterán a medidas correctivas formales que van desde una advertencia por escrito hasta ser despedido de la clínica.

1. Conducta que interrumpe
  - a. operaciones eficientes y ordenadas de la clínica
  - b. capacidad de los empleados para hacer su trabajo
  - c. lenguaje abusivo/ vulgar hacia miembros del personal o visitantes en la clínica
  - d. el entorno de la clínica dental
2. Comportamiento
  - a. Es amenazante e intimidante
  - b. si eso resulta en peleas en la instalación
  - c. que provoca danos intencionales o intentos de dañar la clínica o la propiedad privada
  - d. si eso resulta en abuso o acoso sexual
  - e. resultado de estar bajo la influencia del alcohol o las drogas
3. Robo o posesión no autorizada o retiro de artículos de la clínica o propiedad
4. Falsificación de registros o documentos
5. Posesión, uso, venta y /o entrega de
  - a. Armas de fuego o armas en la propiedad de la clínica
  - b. cualquier sustancia controlada o no autorizada o ilegal o parafernalia de drogas en la propiedad de la clínica

**Usted entiende que:**

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