CONTRA COSTA HEALTH

EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

ATENCIÓN MÉDICA BÁSICA • BENEFICENCIA • DESCUENTO • PROGRAMA DE TARIFA ESCALADA

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección de domicilio (incluya el número de apto.)		Ciudad/estado/código postal	Teléfono fijo ( )	Origen étnico
Dirección postal (si es diferente a la dirección de domicilio)		Ciudad/estado/código postal	Teléfono celular)	Idioma principal

Cantidad de familiares directos que viven en su hogar (inclúyase usted mismo, su cónyuge y sus hijos; si el solicitante es un niño, cuente también al niño, los padres, los hermanos y las hermanas):

Estado civil

◯ Casado(a) ◯ Divorciado(a) ◯ Pareja de hecho ◯ Separado(a) ◯ Soltero(a) ◯ Viudo(a)	Apellido de soltero(a): Nombre del cónyuge o pareja de hecho	Apellido de soltera de la madre: ¿Vive con usted su cónyuge? ◯ Sí ◯ No

Estado actual de la vivienda

¿Actualmente experimenta inestabilidad habitacional o carece de un lugar permanente donde vivir?	◯ Sí	◯ No
¿Actualmente vive con alguien que le ofrece alojamiento y comida gratis?	◯ Sí	◯ No

Si respondió **sí**:	Relación:
Dirección:	Ciudad/estado/código postal

EVALUACIÓN DE EMPLEO y BENEFICIOS

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL PACIENTE

Por favor, responda todas las preguntas.*La misión de Contra Costa Health es cuidar y mejorar la salud de todas las personas en el condado de Contra Costa, con especial atención a aquellos que son más vulnerables. Esta información ayudará a Contra Costa Health a acceder a subvenciones adicionales para seguir ayudando a los residentes asegurados y desatendidos en nuestras comunidades. Esta información también nos ayuda a identificar a los clientes que pueden calificar para programas o servicios financiados por especialidades para los que usted pueda calificar. Esta información pasará a formar parte de su historial médico confidencial.

Por favor, responda **TODAS** las preguntas que apliquen a continuación respecto al **solicitante principal**. Esta información solo se utiliza para determinar si el solicitante principal es elegible para el Programa de Atención Básica de Salud u otros programas que brindan cobertura de salud.

¿Le ofrecieron cobertura/seguro médico a través de un empleador?*	◯ Sí	◯ No	
Nombre del seguro:	Nro. de grupo:	No. de póliza:	
Dirección de envio:	Ciudad/estado/código postal		
¿Es usted ciudadano estadounidense?* Si respondió sí, omita la siguiente pregunta	◯ Sí	◯ No	
¿Es usted un residente permanente legal[1]?	◯ Sí	◯ No	
Si respondió **sí**, coloque la ciudad y el estado donde nació:			
Si respondió **sí**, cuántos años lleva usted siendo residente permanente legal?[1]?			
Tarjeta de residente permanente extranjero o I-94#:	Fecha de emisión:	Fecha de expiración:	
Número de Seguro Social – Dejar en blanco si no corresponde: — —			
No. de autorización de empleo o permiso de trabajo:	No. de visa de estudiante o visitante:		
¿Está embarazada? N/A ◯ Desconocido ◯		Sí ◯	No ◯
¿Es usted un refugiado(a) que vive en los EE. UU. por menos de 9 meses?		Sí ◯	No ◯
¿Tiene alguna discapacidad actualmente?		Sí ◯	No ◯
Si respondió **sí**, ¿ha estado o espera estar discapacitado(a) por 1 año o más??		Sí ◯	No ◯
¿Ha solicitado un Seguro Social por discapacidad o SSI? FECHA EN QUE APLICÓ:		Sí ◯	No ◯
¿Ha solicitado Medi-Cal por discapacidad?		Sí ◯	No ◯
¿Tiene hijos viviendo en su casa que sean menores de 21 años?		Sí ◯	No ◯
Si repondió **sí**, ¿Ambos padres viven en la casa?		Sí ◯	No ◯
Si ambos padres viven en la casa, ¿ambos padres trabajan a tiempo completo?		Sí ◯	No ◯

*Indica un campo obligatorio.

1. ¿Es usted un residente permanente legal? Un residente permanente legal (LPR) no es un ciudadano estadounidense. Un LPR es un inmigrante que reside en los EE. UU. bajo un estatus de residencia permanente legalmente reconocido. Los ejemplos incluyen titulares de Green Cards, extranjeros residentes permanentes y titulares de permisos de residente extranjero.

CONTRA COSTA HEALTH

¿Alguno de los padres está desempleado o no puede trabajar temporalmente durante 30 días o más o trabaja a tiempo parcial?	◯ Sí	◯ No
¿Alguno de los padres es legalmente ciego o tiene una discapacidad permanente?	◯ Sí	◯ No
Si usted no es el padre o la madre, ¿es usted pariente del/de los niño(s) y tiene la custodia legal?	◯ Sí	◯ No
¿Está usted recibiendo actualmente Medi-Cal o Medicare? No. de Medi-Cal o Medicare:	◯ Sí	◯ No
¿Recibe actualmente beneficios de Discapacidad del Seguro Social o SSI? Fecha en que comenzó a recibir los beneficios:	◯ Sí	◯ No

INGRESOS DEL HOGAR

SI EL SOLICITANTE ES UN NIÑO, UTILICE LOS INGRESOS/ACTIVOS DE LOS PADRES PARA TODAS LAS PREGUNTAS FINANCIERAS EN ESTE FORMULARIO

Enumere a continuación la información laboral tanto suya como la de su cónyuge (o la de sus padres). Si tiene más de un trabajo, adjunte una hoja aparte con esa información. Si no trabaja, díganos dónde y cuándo trabajó por última vez:

DÓNDE:			CUÁNDO:	
Nombre del empleador o de la empresa	INFORMACIÓN LABORAL SUYA (O LA DE SUS PADRES)		INFORMACIÓN LABORAL DEL CÓNYUGE (O PADRE/MADRE)	
Dirreción del empleador o negocio				
Tipo de empleo				
Ganancias brutas por período de pago (incluye propinas)				
Con qué frecuencia se paga	◯ Mensualmente ◯ Una vez por semana	◯ Dos veces al mes ◯ Cada 2 semanas	◉ Mensualmente ◯ Una vez por semana	◯ Dos veces al mes ◯ Cada 2 semanas

Complete esta sección si es autónomo

Ingreso bruto ajustado/última declaración de impuestos	¿Hubo cambio de ingresos desde la última declaración de impuestos?	Beneficio anual estimado	Saldo de cuenta empresarial corriente/de ahorros de la empresa	Gastos empresariales anuales promedio en efectivo
$	◯ Sí ◯ No	$	$	$

¿Usted o su cónyuge pagan la manutención de los hijos (o del cónyuge) ordenado por el tribunal? ◯ Sí ◯ No

Si respondió **sí**, ◯ yo ◯ cónyuge pagué/pagó $ _____ este mes a: _____

Enumere la cantidad de ingresos que usted o su cónyuge (padres o hijos) reciben mensualmente de cualquiera de los siguientes:
Si no tiene ninguna fuente de ingresos o apoyo, adjunte una declaración escrita que explique cómo se mantiene.

$	Manutención infantil	$	Asistencia general	$	Ingresos por intereses ganados
$	IRA	$	Préstamos o subvenciones	$	Pensión
$	Jubilación del ferrocarril	$	Seguro Social Por discapacidad	$	Seguro Social por jubilación
$	Manutención conyugal	$	SSI/SSP	$	Seguro Estatal de Incapacidad
$	Beneficios de huelga	$	Pagos de capacitación	$	Desempleo
$	Compensación de trabajadores	$	Otro		

Al firmar este formulario, afirmo que la información que he proporcionado es precisa y completa. Entiendo que cualquier inexactitud u omisión puede resultar en la revocación de cualquier subsidio de cobertura médica de Contra Costa Health. Además, al firmar, reconozco que he leído, firmado y recibido una copia de los "Derechos y responsabilidades" asociados con los programas de salud de Contra Costa. Soy consciente de que un asesor financiero de Contra Costa Health evaluará esta herramienta de evaluación para evaluar mi elegibilidad para varios programas y recibiré una notificación por escrito del resultado.

_____

Requiere firma del solicitante (Padre/madre)

_____

Fecha de solicitud

_____

Si solicita para un niño, escriba el nombre del padre/madre en letra de molde

*Indica un campo obligatorio.

1. ¿Es usted un residente permanente legal? Un residente permanente legal (LPR) no es un ciudadano estadounidense. Un LPR es un inmigrante que reside en los EE. UU. bajo un estatus de residencia permanente legalmente reconocido. Los ejemplos incluyen titulares de Green Cards, extranjeros residentes permanentes y titulares de permisos de residente extranjero.