

---

# CRITERIO PARA ELIGIBILIDAD

---

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPLETAR SU SOLICITUD:

### 1. 2 TIPOS DE COMPROBANTE DE IDENTIDAD

Los siguientes documentos (de su país o de los Estados Unidos) son aceptados para comprobar su identidad:

- Licencia de conducir con foto
- Acta de nacimiento de cada miembro de la familia
- Tarjeta de Seguro Social
- Tarjeta de Registro de Extranjero(también conocida como Tarjeta de Residencia o "Green Card")
- Pasaporte válido
- Tarjeta de identificación con foto de la compañía donde trabaja
- Tarjeta de identificación de asistencia pública
- Tarjeta de registro de votante

\*\*\*Tiene que traer por lo menos una identificación para cada miembro de la familia.\*\*\*

\*\*\* Si usted está legalmente casado, necesitamos el acta de matrimonio\*\*\*

### 2. COMPROBANTE DE INGRESOS

Los siguientes documento se aceptarán para comprobar ingresos:

- Los últimos cuatro(4) talones de cheque de su patrón o talones de beneficios de desempleo
- Carta de la administración de seguro social con la cantidad que recibe por incapacidad
- Carta escrita por su patrón con la cantidad de su salario, el número de horas que trabaja semanalmente y la fecha cuando comenzó a trabajar con ese patrón
- Copia de su declaración de impuestos (income tax return) .
- Si usted no trabaja, necesita una carta de apoyo económico indicando que usted no está empleado, quien le provee techo y alimento y una identificación de la persona quien firmó la carta

### 3. ELIGIBILIDAD PARA ASISTENCIA PUBLICA:

- Comprobante que usted no califica para Medicaid.
- Para niños menores de 18 años, los padres tienen que primero aplicar para KidCare.
- Si aplicó para asistencia pública, tiene que traer comprobante de la aplicación.
- Si usted es ciudadano americano o residente legal de los EEUU, y no está trabajando, tiene que ir a la división de servicios sociales para ver si califica para uno de los programas que ofrecen. Si le dicen que usted no califica para asistencia general, tiene que obtener y mostrarnos la carta de ellos negándole la asistencia general.

### 4. COMPROBANTE DE DOMICILIO O DIRECCION EN NEW JERSEY

- Una Factura a su nombre de la compañía de gas, cable, electricidad, teléfono, o agua
- Licencia válida de conductor de New Jersey
- Carta de la(s) persona(s) con quien usted vive declarando cuanto tiempo usted tiene viviendo en esa dirección.
- Copia del contrato de alquiler o una carta del propietario de la casa o apartamento donde vive, incluyendo un recibo de gas, agua o electricidad que le llega al propietario.

\*\*\*\*\*  
Usted tiene que ser un paciente actual del Centro de Salud del Monmouth (Monmouth Family Health Center) no será aprobado para el programa de asistencia hasta que su aplicación este completa.  
\*\*\*\*\*

---

## **PROGRAMA DE SEGURO DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE MONMOUTH**

### **PREGUNTAS FRECUENTES**

---

**¿Cuáles son las fechas efectivas de cobertura para el programa de Seguro del Centro de Salud Familiar de Monmouth?** La fecha de vigencia de la cobertura de este programa es inmediata después de la aprobación de la aplicaciones La aprobación es válida por un año. La solicitud debe ser renovada anualmente.

**¿Cuándo puedo solicitar y cuándo debo presentar la solicitud?** Usted es elegible para aplicar y su solicitud puede ser presentada en cualquier momento que sea registrado como paciente del entro de Salud Familiar de Monmouth.

**¿Cómo me inscribo?** Complete la solicitud y envíe toda la documentación requerida a la Consejera Financiero. Se le notificará cuando se determine su elegibilidad y aprobación.

**¿Puedo incluir a mi cónyuge e hijos en el programa?** Si se proporciona información para cada miembro de la familia en el momento de la solicitud, su cónyuge y los hijos se incluirán en el programa una vez que se apruebe la solicitud.

**¿Puedo elegir a mi proveedor en MFHC?** Todos los pacientes de MFHC tienen la opción de elegir su médico primario. En el caso de que el médico elegido no tiene vacantes para nuevos pacientes, los pacientes pueden elegir otro médico o ser asignado a un médico con vacantes inmediatas, o pueden elegir esperar hasta que el médico de su primera elección tenga vacantes.

**¿Qué sucede si necesito ver a un especialista o necesito servicios de diagnóstico como rayos X o servicios de laboratorio?** El programa de seguro de MFHC no cubre servicios de diagnóstico o atención especializada. Tampoco cubre programas o servicios que no son operados directamente por MFHC, como servicios de laboratorio y rayos x, etc. Usted puede ser elegible para solicitar directamente al proveedor de dichos servicios y recibir una tarifa reducida o ser re-embolsado por sus gastos, si esos proveedores ofrecen tales programas. MFHC le proporcionará referencias para estos servicios disponibles.

**¿Debo pagar alguna parte del servicio y cuándo vence el pago?** Se espera que todos los pacientes aprobados para el programa de Seguro del Centro de Salud Familiar de Monmouth(MFHC), paguen \$30 dolares al momento de su visita médica. Las tarifas de servicios dentales se basan en el tipo de procedimiento necesitado y su nivel de descuento aprobado. A usted se le informara la tarifa de servicios dentales antes de el procedimiento. A los pacientes aprobados para el programa de seguro de MFHC, se les espera que paguen la tarifa determinada en el momento de cada visita de atención médica o dental.

**¿Cómo puedo solicitar el programa de Seguro de MFHC?** Los pacientes pueden comunicarse con la Consejera financiera al (732) 923-7103 o al (732) 963-0164 para solicitar que se les envíe la información por correo o hacer una cita para completar la solicitud en MFHC.

**¿Qué información debo llevar para la cita?** Vea la lista adjunta de documentos requeridos para el programa.

**¿A quién puedo llamar con preguntas?** Llame a la Consejera financiera al (732) 923-7103 o al (732) 963-0164 si tiene preguntas específicas al proceso de solicitud. Gracias.

**FQHC HEALTHCARE EXPANSION PROGRAM  
UNINSURED CARE APPLICATION**

**PATIENT INFORMATION**

Name: \_\_\_\_\_ Date of Application: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Family size: \_\_\_\_\_  
Linked Patient Chart # \_\_\_\_\_ (include immediate family members in  
Was the patient born in the US? ( ) yes ( ) no Children under 21)

**MARITAL STATUS**

\_\_\_\_ single  
\_\_\_\_ married  
\_\_\_\_ separated  
\_\_\_\_ divorced  
\_\_\_\_ widowed

**PATIENT ID (maintain copy)**

\_\_\_\_ driver license  
\_\_\_\_ Social Security card  
\_\_\_\_ INS/welfare card  
\_\_\_\_ alien registry card  
\_\_\_\_ other \_\_\_\_\_

**HEALTH INSURANCE STATUS (maintain copy)**

Does patient have any of the following? \_\_\_\_\_ Private Ins. \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ NJ FamilyCare  
\_\_\_\_\_ Welfare \_\_\_\_\_ SSI \_\_\_\_\_ Medicare

If yes, effective date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SCREENING FOR MEDICAL ASSISTANCE**

If patient is uninsured, was he/she referred for medical assistance? \_\_\_\_\_yes \_\_\_\_\_no  
If yes, date of referral: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INCOME INFORMATION (maintain copy)**

Is patient/guardian(s) currently employed? \_\_\_\_\_yes \_\_\_\_\_no  
Total family income per month: \$ \_\_\_\_\_ per year: \$ \_\_\_\_\_

Proof of family income (check all that apply):

\_\_\_\_ paycheck \_\_\_\_\_ child support payment \_\_\_\_\_ disability benefit  
\_\_\_\_ unemployment benefits \_\_\_\_\_ foster care benefit \_\_\_\_\_ other  
\_\_\_\_ income tax return \_\_\_\_\_ employee statement

In case of emergency, contact: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

\_\_\_\_\_  
Patient (Parent/Guardian) Signature

\_\_\_\_\_  
Date

=====HEALTH CENTER USE ONLY=====

Center employee verifying above information: \_\_\_\_\_

Signature

Twelve month reassessment of continuing eligibility, including current income and insurance status  
(updated income and insurance documentation must be maintained in patient file):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Date Initials Date Initials

## MEDICAL ASSISTANCE REFERRAL FORM

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Patient ID#** \_\_\_\_\_

### SECTION I

Annual Family Income \$ \_\_\_\_\_  
 Divided by 12 (Monthly Family Income) \$ \_\_\_\_\_

Birth Date of Patient: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age of Patient: \_\_\_\_\_  
 Was Patient Born in the U.S.? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Family Size: \_\_\_\_\_  
 If no, date of arrival in the U.S. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SECTION II (circle the box that applies; if no box applies go to SECTION III)

\*Plus any additional procedure charge(s).

	A	B	C	D	E	F	G	H
	<100%	101% <120%	121% <140%	141% <180%	181% <200%	201% <250%	251% <300%	>301%
Fam Size	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays
	\$30	\$35	\$40	\$45	\$50	\$60	\$70	100% of charges
1	\$13,590 or less	\$13,591 - \$16,309	\$16,310 - \$19,026	\$19,027 - \$24,462	\$24,463 - \$27,180	\$27,181 - \$33,972	\$33,976 - \$40,770	\$40,771 or More
2	\$18,310 or less	\$18,311 - \$21,972	\$21,973 - \$25,634	\$25,635 - \$32,958	\$32,959 - \$36,620	\$36,621 - \$45,775	\$45,776 - \$54,930	\$57,931 or More
3	\$23,030 or less	\$23,031 - \$27,636	\$27,637 - \$32,242	\$32,243 - \$41,454	\$41,455 - \$46,060	\$46,061 - \$57,575	\$57,576 - \$69,090	\$69,091 or More
4	\$27,750 or less	\$27,751 - \$33,300	\$33,301 - \$38,850	\$38,851 - \$49,950	\$49,951 - \$55,500	\$55,501 - \$69,375	\$69,376 - \$83,250	\$83,251 or More
5	\$32,470 or less	\$32,471 - \$38,964	\$38,965 - \$45,458	\$45,459 - \$58,446	\$58,447 - \$64,940	\$64,941 - \$81,175	\$81,176 - \$97,410	\$97,411 or More
6	\$37,190 or less	\$37,191 - \$44,628	\$44,629 - \$52,066	\$52,067 - \$66,942	\$66,943 - \$74,380	\$74,381 - \$92,975	\$92,976 - \$111,570	\$111,571 or More
7	\$41,910 or less	\$41,911 - \$50,292	\$50,293 - \$58,674	\$58,675 - \$75,438	\$75,439 - \$83,820	\$83,821 - \$104,775	\$104,776 - \$125,730	\$125,731 or More
8	\$46,630 or less	\$46,631 - \$55,956	\$55,957 - \$65,282	\$65,283 - \$83,934	\$83,935 - \$93,260	\$93,261 - \$116,575	\$116,576 - \$139,890	\$139,891 or More

### SECTION III

**The patient will not be referred for Medicaid/NJ FamilyCare/other governmental medical assistance programs. (Check all that apply):**

\_\_\_\_\_ monthly family income is too high  
 \_\_\_\_\_ patient unable to document alien status  
 \_\_\_\_\_ unqualified alien (entered after 8/96)  
 \_\_\_\_\_ patient (child) is too old  
 \_\_\_\_\_ not NJ resident  
 \_\_\_\_\_ other \_\_\_\_\_

### SECTION IV (this section to be completed by the patient)

Health Center staff have informed me about Medicaid/NJ FamilyCare/other governmental medical assistance programs. (Check only one below)

\_\_\_\_\_ I understand that I/my dependent may qualify for one of the above referenced programs. I accept the referral and agree to apply for medical assistance.  
 \_\_\_\_\_ I understand that I/my dependent does not qualify for any of the above referenced programs, consequently I/my dependent is not being referred for medical assistance.  
 \_\_\_\_\_ I understand that I/my dependent may qualify for one of the above referenced programs. However, I am not interested in applying for any of the medical assistance programs at this time.

I attest that all information provided is truthful to the best of my knowledge.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Patient/Guardian Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature of Health Center Staff Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_