

---

# ELIGIBILITY CRITERIA IN PORTUGUESE

---

## DOCUMENTOS QUE NECESSITA TRAZER

---

### 1. 2 TIPOS DE INDETIFICACAO TALES COMO

- Carta de conducao com foto
- Certidao de Nascimento para todos os membros da familia (So conta filhos que residirem nos Estados Unidos)
- Cartao de Segura Social
- Carta Verde (Alien Registration Card) (Green Card)
- Passaporte valido
- Indetificacao de trabalho com foto
- Cartao de indetificacao de Assistencia Publica

\*\*\*Por Favor traga nos pelo menos uma indetificacao para cada membro da familia\*\*\*  
\*\*\*Se for legalmente casado necessitamos certidao de casamento\*\*\*

### 2. COMPROVANTE DE TRABALHO

Os seguintes documentos sao aceites coma prova de trabalho

- Os 4 ultimos taloes de cheque
- Taloes de cheque do desemprego (unemployment)
- Se esta reformado ou disabilitado necessita a carta que mostra quanto recebe por mes.
- Carta do Patrao dizendo desde quando esta a trabalhar nessa firma, quantas horas faz por semana e quanto e que recebe por semana.
- Copia das income taxes mais recentes (income tax return)
- Os W2 o 1099 mais recentes
- Se nao trabalha : Necessita uma carta de suporte indicando que Sr(a) nao esta a trabalhar, e que lhe estao a ajudar com estadia (casa) e comida. Tambem necessitamos uma indetificacao da pessoa que escrever a carta.

### 3. ELIGIBILIDADE PARA ASSISTENCIA PUBLICA

- Prova como nao qualifica para Medicaid.
- Para criancas ate aos 18 anos, Os pais tem que aplicar para KidCare primeiro. Comprovar que a applicacao foi preenchida e coma esta a applicacao (pendente ou negada).

### 4. COMPROVANTE DE ENDERECO

- Uma factura que mostre o seu nome e endereco (gas, luz, agua, ou telefone)
- Carta de conducao Valida Que mostre o seu endereco
- Carta que tenha recebido recente e que esteja caribada pelos correios.
- Carta da pessoa que esta a viver, dizendo a quanto tempo vive ai e uma factura em nome dessa pessoa.

---

Tem que ser o doente registado na MFHC. Tambem, pode nao ser aprovado para o programa de reducao ate que a applicacao esteja completa.

\*\*\*\*\*

---

## **PRPERGUNTAS E RESPOSTAS DO PROGRAMA DE ESCALA DE TAXAS DESLIZANTES**

---

**Quais são as datas efetivas de cobertura do Programa de Escala de Taxas Deslizantes?** A data efetiva de cobertura para este programa é imediata após a aprovação do contrato aplicações. A aprovação é válida por um ano. A inscrição deve ser renovada anualmente.

**Quando posso candidatar-me e quando a candidatura deve ser submetida?** Você é elegível para se candidatar e sua candidatura pode ser submetida a qualquer momento em que você estiver registrado como paciente do Monmouth Family Health Center.

**Como me inscrevo?** Preencha o formulário e envie toda a documentação necessária para o Consultora Financeira no MFHC. Você será notificado após a determinação de sua elegibilidade e aprovação.

**Posso incluir meu cônjuge e filhos no programa?** Se forem fornecidas informações para cada membro da família no momento da inscrição, cônjuge e filhos serão incluídos no programa após a aprovação do pedido.

**Posso escolher meu provedor no MFHC?** Todos os pacientes MFHC têm a opção de escolher o médico MFHC de sua escolha. No evento o médico escolhido não tem vagas para novos pacientes, os indivíduos podem eleger um segunda escolha ou ser atribuído a um provedor com vagas imediatas, ou eles podem escolher aguarde para ser agendado para ver o provedor de sua primeira escolha.

**E se eu precisar consultar um especialista ou precisar de serviços de diagnóstico, como raio X ou serviços laboratório?** O MFHC não cobre cuidados especiais ou serviços de diagnóstico, nem qualquer programa ou serviço que não é diretamente operado pelo MFHC coberto por este programa. Você pode ser elegível para aplicar diretamente ao prestador de tais serviços por sua taxa reduzida ou assistência não reembolsada programas. O MFHC irá, na medida do possível, fornecer-lhe referências para estes serviços.

**Devo pagar por qualquer parte do serviço e quando o pagamento é devido?** Todos os pacientes aprovados para o Programa Escala de Taxa Deslizante devem pagar US \$ 30 por assistência médica. Serviços. As taxas de serviço odontológico são baseadas no tipo de procedimento realizado e você ser avisado da taxa de Odontologia na época. Pacientes aprovados para o Programa de Escala de Taxa Deslizante Espera-se que paguem a taxa determinada no momento de cada consulta de cuidados primários do MFHC.

**Como posso me inscrever no programa Escala de taxas de deslocamento?**

Os pacientes podem contatar o Consultora Financeira pelo telefone (732) 923-7103 ou (732) 963-0164 solicitar que as informações sejam enviadas para eles ou completar o processo de inscrição no MFHC.

**Que informação devo trazer para a consulta?** Veja a lista anexa de documentos necessários para o programa.

**Quem posso ligar com perguntas? Ligue para o Conselheira Financeira em (732) 923-7103 ou (732) 963-0164 para questões específicas o processo de candidatura. Obrigado.**

**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

