



LONE STAR
FAMILY HEALTH CENTER
CONROE FAMILY MEDICINE RESIDENCY PROGRAM

605 South Conroe Medical Drive, Conroe, TX 77304

Main: 936-539-4004 & Fax: 936-521-5997

**Requisitos para la aplicación del
descuento de la clínica (Sliding Fee Scale)**

La siguiente información es requerida por el departamento de Elegibilidad en la clínica Lone Star Family Health Center para poder determinar si califica para servicios de descuento que pueden ser ofrecidos bajo asistencia de la clínica:

1. Llene la solicitud e incluya los nombres de todas las personas que viven en el mismo domicilio.
2. Una de las siguientes formas de identificación: Licencia de conducir vigente, certificado de nacimiento, pasaporte, tarjeta de registro de votantes y/o identificación de su país de origen.
3. Tres (3) meses de estado de cuenta bancaria (cheques y/o ahorros).
4. Una copia de su cuenta de luz más reciente.
5. Comprobante de ingresos (aunque no esté empleado al momento) Documentos aceptables:
 - a. Últimos 2-3 talones de sueldo
 - b. Una carta escrita a máquina y notariada del solicitante indicando su salario a la semana si se le paga en efectivo y no pueden presentar talones de sueldo
 - c. Una carta escrita a máquina y notariada de su empleador indicando las fechas de su empleo y los salarios si le pagan en efectivo y no pueden presentar talones de sueldo
 - d. La declaración del año anterior de sus impuestos al IRS- Si usted es dueño de su negocio.
 - e. Si usted está desempleado, por favor proporcione su registro de ingresos
 - f. Ingresos de todas las personas mayores de 18 años o más que vivan con usted
 - g. Declaración de tarjeta pre-pagada o transacción si le pagan con paycards
 - h. Carta aprobada del programa de beneficios de comida SNAP, oficina del seguro social, incapacidad o retiro
 - i. Carta de mantenimiento de hijos (child support)

Tenga en cuenta que seguimos las normas federales establecidos por el gobierno de los EE.UU. para determinar su elegibilidad. ***Si provee falsa información o documentación será descalificado será descalificada para recibir servicios con el descuento de la clínica.*** Por Favor, firme y llene la fecha así aceptando que entiende los requisitos de este programa.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del solicitante

Fecha de nacimiento del solicitante

Nombre:
Domicilio:
Ciudad, Estado:
Código Postal:
Número de teléfono:
Número de seguro social:
Fecha de nacimiento:
Número de cuenta:



LONE STAR
 FAMILY HEALTH CENTER
CONROE FAMILY MEDICINE RESIDENCY PROGRAM
Lone Star Community Health Center
 605 S. Conroe Medical Dr
 Conroe, TX 77304

Sliding Fee Eligibility Form

Es necesario que Lone Star Community Health Center obtenga la información requerida para proporcionar un descuento en sus gastos médicos. Esta información se mantendrá en archivo en estricta confidencialidad. Usted debe renovar su aplicación cada seis meses. El tamaño del hogar y su ingreso anual se utilizará para calcular el nivel de su descuento en base a las guías del Nivel de Ingresos Federales de Pobreza.

Fecha de hoy ¿Número de personas que viven en su domicilio?

¿Cuál es su estado civil? Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a)

Presumptive Income	Usted	Su pareja(a)	Sus hijos	Otras personas	Ingreso total del hogar
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿La cantidad de ingresos del hogar?	Usted	Su pareja(a)	Sus hijos	Otras personas	Ingreso total del hogar
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Lugar de empleo?	Usted	Su pareja(a)	Sus hijos	Otras personas
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Tiene usted una cuenta de ahorros? Sí No

¿Tiene usted una cuenta de cheques? Sí No

¿Recibe usted algún ingreso de cualquiera de las siguientes fuentes? Y si es así, ¿Cuánto?

Fuentes	Usted	Su pareja(a)	Sus hijos	Otras personas	Fuentes totales
Seguro Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asistencia Pública	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pensión de retiro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estampillas de comida/ SNAP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingreso de renta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mantenimiento de hijos (child support)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (Por favor especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indique los nombres, fecha de nacimiento, y número de seguro social de todas las personas que viven en la dirección.

Nombre:	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento:	Número de seguro

Declaro que la información anterior es verdadera y yo he dado permiso a Lone Star Family Health Center para investigar cualquier información proporcionada en esta aplicación. Entiendo que esta información se mantendría en estricta confidencialidad.

Firma:	Fecha:	<i>Clinic Purpose Only</i> Income Code:
--------	--------	--



**SLIDING FEE SCALE APPLICATION FORM
APPROVAL/DENIAL FORM**

Applicant/ Patient Name

Date

APPROVED APPLICATION

Application Approved On: _____ **Medical** _____ **Dental** _____ **Prescription**

SFS% _____ **COPAY** _____ **Comments:** _____

Recertification Date: _____

Medicaider

DENIED APPLICATION

Application Denied On: _____

Reason for Denial:

_____ **Exceeds Income Requirements**

_____ **Additional Information Required**

_____ **Lack of Cooperation**

<input type="checkbox"/> PRESUMPTIVE
SFS% _____ COPAY _____
Recertification Date _____

APPROVAL/ DENIAL REVIEW BY:

Eligibility Coordinator **Date**

Karrie Golden, Chief Operating Officer **Date**



Departamento de Salud de Texas

Programa para el control del cáncer cervical y del cáncer del seno
Formulario de información comprehensiva para la administración de casos

Contratista, Nombre de la clínica:	Administrador del caso:	Número de identificación del paciente:	Número del expediente:
------------------------------------	-------------------------	--	------------------------

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Teléfono durante el día:
Resultados de exámenes o diagnóstico:	Información sobre otra persona de contacto:		
	Nombre:	Dirección:	Teléfono: Relación:

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

Evaluación de los recursos sociales	Estatus de atención médica/servicios	Evaluación de educación y asesoramiento
<input type="checkbox"/> Apoyo social (por ejemplo: familia, iglesia, amigos) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hogar médico <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Barrera de idiomas <input type="checkbox"/> No puede salir del trabajo <input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Hacer una cita <input type="checkbox"/> Recursos económicos <input type="checkbox"/> Curación alternativa <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Preocupación sobre el procedimiento (por ejemplo: incomodidad, dolor) <input type="checkbox"/> Vergüenza <input type="checkbox"/> Miedo al cáncer <input type="checkbox"/> Abrumada por la información <input type="checkbox"/> Sensaciones de enojo, tristeza <input type="checkbox"/> Relación con su cónyuge/sus amigos <input type="checkbox"/> Preocupación sobre las relaciones sexuales o la intimidad <input type="checkbox"/> Imagen del cuerpo <input type="checkbox"/> Costo del procedimiento <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo <input type="checkbox"/> Otro

FECHA DEL PLAN DE SERVICIOS

Necesidad identificada	Servicio/Envío	Proveedor	Fecha del servicio/envío inicial	Fecha de	Resultado del servicio/envío

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Yo entiendo que mi participación en el Programa para el control del cáncer cervical y del cáncer del seno significa que estoy dispuesta a participar en evaluaciones o tratamientos si los resultados de las pruebas resultan anormales.

(Firma): _____

Fecha: _____

**Servicios Para el Cáncer del Seno y Cáncer Cervical – “BCCS”
Formulario de Inscripción y Autorización**

Nuevo al Programa de “BCCS”: Sí / No

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO NOMBRE INICIAL FECHA DE NACIMIENTO NO. DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

CONDADO DE RESIDENCIA TELEFONO DE CASA TELEFONO DE CÉLULAR

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Ingresos de casa antes de impuestos \$ _____ anual/mensual

Número de personas dentro de la residencia: _____ Tiene seguro médico: Sí / No

INFORMACIÓN PERSONAL

Mejor hora para llamar?: Mañana/ Tarde ¿Podemos dejar un mensaje? Sí / No

País Natal: Los EE.UU. / Otro (especifique por favor): _____

Es usted Latino o Hispano: Sí / No

Lenguaje Natal: Inglés / Español / Otro (especifique por favor): _____

Raza de Origen: Blanco/ Caribeño / Negro, Africano Americano / Asiático/ Indio Americano

¿Cuál fue el último grado escolar que completo? _____ (Número de años en la escuela)

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

YO _____, AUTORIZO POR ESTE MEDIO PROVEER MI INFORMACIÓN PARA QUE SEA INCORPORADO EN EL SISTEMA DE COLECCIÓN DE DATOS MED-IT. ORTOGO TAMBIÉN MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO EN LA AGENCIA. ENTIENDO TAMBIÉN QUE MI PARTICIPACIÓN CON BCCS SIGNIFICA ORTORGAR EVALUCIAONES Y/O TRATAMIENTOS ADICIONES SI ALGUNOS DE MIS RESULTADOS DE PRUEBAS SEAN ANORMALES.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

PARA EL USO DE LA OFICINA

AGENCIA DE BCCS Y SITIO CLÍNICO: 078—LONE STAR FAMILY HEALTH CENTER

FECHA QUE LA APLICACIÓN FUE LLENADA: _____

División de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del Departamento Estatal
de Servicios de Salud (DSHS)



Instrucciones para llenar el formulario para la participación INDIVIDUAL

PARTE I - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Llene las casillas con su información personal.

a) Marque todas las casillas que correspondan.

b) Marque "sí" o "no".

c) Marque todas las casillas que correspondan:

- CHIP (Programa de Seguro Médico Infantil) Perinatal
- Medicaid para mujeres embarazadas
- SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental)
- WIC (Programa de Nutrición Suplemental Especial para Mujeres, Niños y Bebés)
- Ninguno

Si usted seleccionó uno de estos programas de prestaciones o de cobertura médica y puede proporcionar un comprobante de inscripción actualizado, usted podría de manera adjunta (automáticamente) tener derecho a la participación de un programa de la División de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS y saltar a las Partes II y III de esta solicitud, si su agencia no cobra un copago. (Excepción: elegibilidad adjunto no se aplica a los solicitantes de los servicios del Título V.)

PARTE II - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Llene las casillas con el número de personas que hay en su familia. Este número le incluye a usted y a cada persona que viva con usted y de la que usted sea legalmente responsable.

Cómo determinar qué personas componen su familia:

- Si usted es casado (incluso en matrimonio de hecho), inclúyase a usted mismo e incluya a su cónyuge y a todos los hijos, tanto los habidos en común como los no habidos en común (incluidos los no nacidos).
- Si usted no es casado, inclúyase a usted mismo e incluya a sus hijos, de tenerlos (incluidos los no nacidos).
- Si usted no es casado y vive con su pareja con la cual tiene hijos en común, inclúyase a usted mismo e incluya a su pareja, a sus hijos y a los hijos que hayan tenido en común (incluidos los no nacidos).

Los solicitantes de 18 años de edad o más se consideran adultos. No incluya a ningún hijo de 18 años de edad o más ni a ningún otro adulto que viva en su casa como parte de la familia. Los menores de edad deben incluir al padre, a la madre o al tutor legal que vivan en la casa.

PARTE III - INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Enumere en la tabla todos y cada uno de los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero del trabajo; dinero que obtiene por el cargo de alojamiento y comida; regalos en efectivo, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otros; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención de menores e ingresos por desempleo.

Llene la tabla con la siguiente información personal:

- 1^a columna: El nombre de la persona que recibe el dinero.
- 2^a columna: El nombre de la agencia, la persona o el empleador que provee el dinero.
- 3^a columna: La cantidad de dinero recibida al mes.

PARTE IV - ACUERDO DEL SOLICITANTE

Derechos y Responsabilidades:

Si el solicitante omite información, no la proporciona o se niega a proporcionarla, o da información falsa o engañosa sobre estas cuestiones, podría pedírsele que reembolse al Estado el importe de los servicios recibidos si se encontró que el solicitante no cumple con los requisitos para recibir los servicios. El solicitante deberá informar de cualquier cambio en la situación de su hogar o familia que afecte el derecho a la participación durante el período de certificación (cambios en los ingresos, en los miembros del hogar o la familia y el lugar de residencia). (Las clientes de MBCC no tienen que informar de cambios en los ingresos ni en el hogar o el lugar de residencia)

El solicitante entiende que, para mantener el derecho a participar del programa, se le pedirá que vuelva a solicitar la ayuda al menos cada doce meses (no aplicable para clientes de MBCC).

El solicitante entiende que tiene el derecho a presentar una queja con respecto al manejo de su solicitud o a cualquier acción llevada a cabo por el programa, ante la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC, al teléfono 1-888-388-6332.

El solicitante entiende que los criterios para la participación en el programa son iguales para todos sin importar el sexo, la edad, la discapacidad, la raza o el lugar de nacimiento.

Con unas cuantas excepciones, el solicitante tiene derecho a pedir y a ser notificado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre él. El solicitante tiene derecho a recibir y revisar la información al así pedirlo. El solicitante también tiene derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la Notificación de privacidad. (Fuente: Código Gubernamental, secciones 552.021, 522.023 y 559.004).

Lea los Derechos y Responsabilidades siguientes. Marque "sí" o "no".

Firme y escriba la fecha en las líneas correspondientes. Si alguna persona le ayudó a usted a llenar la solicitud, también debe firmar, declarar cuál es su relación con usted y escribir la fecha en las líneas correspondientes.

PARTE V – PROVIDER ELIGIBILITY CERTIFICATION (debe ser completada por el proveedor)

(1) Check the appropriate box (yes or no) for Texas resident. (2) Total the amount received per month to fill in the Total monthly household income box. (3) Calculate the client's household FPL using the applicable DSHS program policy (include applicable deductions) and fill in the Household FPL box. Check the appropriate box (yes, no, waived, or n/a) for (4) Proof of income and (5) Verification of adjunctive eligibility.

If client is presumptively eligible, fill in the light gray box. (6a) Check the appropriate box (yes, no, or n/a) for Presumptively eligible. Once the client completes the requirements for full eligibility, (6b) check Yes for Full eligibility met and fill in the (6c) Full eligibility met date box.

(7) Check the appropriate box (yes, no, or n/a) for each program regarding the client's eligibility. If yes, fill in the client's co-payment amount for the program based on their household and income information.

Use the space provided in Notes to document other appropriate information concerning eligibility and screening.

Fill in the Eligibility effective date box in the top right corner of Part V. Fill in the Name of Agency, sign, and date.

**División de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del Departamento Estatal
de Servicios de Salud (DSHS)**



Formulario para la participación INDIVIDUAL

PARTE I - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Número telefónico		Correo electrónico	
Domicilio en Texas (nombre de la calle o número de apartado postal)		Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Número de Seguro Social (SSN) (opcional)		Fecha de nacimiento	Edad	Raza	Origen étnico
				Sexo	

- a) Por favor contácteme por: (marque todo lo que corresponda) Correo postal Teléfono Correo electrónico
- b) ¿Tiene usted cobertura médica integral (Medicaid, Medicare, CHIP, seguro médico, VA, TRICARE, etc.)? Sí No
- *Si contestó que sí, el representante autorizado del DSHS presentará una reclamación de reembolso ante su compañía de seguro médico por las prestaciones, los servicios o la asistencia que usted haya recibido.
- c) ¿Qué tipo de prestaciones o de cobertura médica tiene? (marque todo lo que corresponda)
- CHIP Perinatal SNAP Ninguno
- Medicaid para mujeres embarazadas WIC

PARTE II - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Llene las casillas con el número de personas que hay en su familia. Este número le incluye a usted y a cada persona que viva con usted y de la que usted sea legalmente responsable. Los menores de edad deben incluir al padre, a la madre o al tutor legal.

¿Cuántas personas viven en su casa?

PARTE III - INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Enumere abajo todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero del trabajo; dinero que obtiene por el cargo de alojamiento y comida; regalos en efectivo, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otros; ingresos que recibe de un patrocinador; becas ó préstamos escolares; manutención de menores e ingresos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre de la agencia, la persona o el empleador que provee el dinero	Cantidad recibida al mes

PARTE IV - ACUERDO DEL SOLICITANTE

He leído las declaraciones de Derechos y Responsabilidades en la sección de *Instrucciones* de este formulario. Sí No

La información que aquí proporciono, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, es verídica y correcta, según mi leal saber y entender. Acepto darle al personal que determina el derecho a la participación cualquier información que sea necesaria para comprobar mis declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Entiendo que dar información falsa podría dar por resultado la descalificación y el reembolso de los apoyos recibidos.

Autorizo al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) y al Proveedor a que dispongan libremente de toda la información que proporciono, incluida la información sobre los ingresos y la médica, con el fin de que determinen mi derecho a la participación y a que paguen o presten servicios a mi familia o a mí.

Firma del solicitante	Fecha
Firma de la persona que ayudó a completar esta solicitud	Relación con el solicitante
	Fecha

PART V – PROVIDER ELIGIBILITY CERTIFICATION (debe ser completada por el proveedor)

Eligibility effective date / /

1. Texas resident <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	7. Is the client eligible for the following program(s)? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Yes</th> <th>No</th> <th>n/a</th> <th>Co-payment amount (if applicable)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCCS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>DSHS FP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>EPHC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>PHC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Title V/MCH</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> </tbody> </table>		Yes	No	n/a	Co-payment amount (if applicable)	BCCS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	DSHS FP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	EPHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	PHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Title V/MCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
		Yes	No	n/a	Co-payment amount (if applicable)																										
BCCS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
DSHS FP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
EPHC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
PHC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
Title V/MCH		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
2. Total monthly household income \$ <input type="text"/>																															
3. Household FPL <input type="text"/> %																															
4. Proof of income <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Waived																															
5. Verification of adjunctive eligibility <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a																															
6a. Presumptively eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																															
6b. Full eligibility met <input type="checkbox"/> Yes																															
6c. Full eligibility met date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>																															

Notes:

Name of Agency	Signature – Agency / Staff Member	Date
----------------	-----------------------------------	------