



San José Clinic Eligibility Application

Fecha: _____

INFORMACION DEL APLICANTE

Apellido:		Primer Nombre:		Medio Nombre:	
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			¿Ha recibido servicios en la Clínica San José anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
Telefono:		Celular:		Correo Electronico:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Union Libre		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Indio Amer. <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> No se		Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> No se	
Le gustaría inscribirse en el portal del paciente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			Se vio afectado por el Huracan Harvey? De ser Asi, como? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
Modo Preferido de ser contactado: <input type="checkbox"/> No preferencia <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Portal					Veterano: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

MIEMBROS DE SU HOGAR, INCLUYENDO USTED:

	Nombre (la primera persona es Ud mismo(a))	Parentesco (pareja, hijo(a))	# DE SEGURO SOCIAL	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento (MES/DIA/AÑO)	Lugar de Nacimiento	Trabaja? SI/NO
1		YO MISMO(A)					
2							
3							
4							
5							
6							

¿ESTA RECIBIENDO ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?

Por favor indique SI o NO para cada uno:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicaid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beneficios de Pension |
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CHIP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SSI – Supplemental Security Income |
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TANF |
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro Medico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cumplimiento de Mantenimiento de Niños |
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro Dental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estampillas de Comida |
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ayuda de Veteranos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tarjeta Dorada |
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beneficios de Desempleo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Compensacion de trabajo |
| Si | No | | Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro Social (ingreso) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derecho Pension |

RENUNCIA Y FIRMA

Certifico que la información que he proporcionado está actualizada y es correcta. Entiendo que cualquier falsificación, mala interpretación o retención de información resultará en la pérdida de elegibilidad para recibir servicios clínicos. Si mi situación financiera o de seguro cambia, mi elegibilidad será necesario volver a evaluar. Doy permiso para compartir esta información con auditores o campañas farmacéuticas según sea necesario.

Firma: _____

Fecha: _____

Elegibilidad

Para poder recibir servicios en San José Clinic, personas y familias de bajos ingresos y sin seguro deberán completar una entrevista en el departamento de Elegibilidad. Los planes de Medicaid, Medicare, y Affordable Care Act también se consideran diferentes tipos de cobertura de seguro de salud. Aquellas personas que califiquen recibirán un número de identificación que les dará acceso a los servicios.

1. Foto de Identificación

Favor de traer uno de los siguientes para cada adulto:

- Licencia de conducir o tarjeta de identificación del Estado (actual o vencido)
- Pasaporte o Visa
- Documentos de inmigración EE.UU.
- Identificación del estudiante o el trabajo *
- Identificación de otro país
- Si una identificación que no sea oficial está presentada, necesitará otra forma de identificación adicional (como certificado de nacimiento, licencia de matrimonio, tarjeta de seguro social, etc.)
- Favor de traer todo lo siguiente para cada niño:
- Acta de nacimiento o registro de nacimiento
- Tarjetas de identificación de Medicaid o CHIP

2. Prueba de Ingresos del Hogar

Favor de traer todos los documentos que usted tiene.

- Un mes de talones de pago recientes
 - Si no recibe talones de pago, se aceptará una carta de verificación de salario.
- Declaración de impuestos más reciente
- Carta de apoyo
- Documentos de beneficios bienestar (TANF y estampillas de comida)
- Documentos de certificación SSI o del Seguro Social
- Los documentos de desempleo / compensación de los trabajadores
- Documentos de sustento de menores

3. Comprobante de Domicilio

- Cualquier pieza de correo que se entrega a través del Servicio Postal con el nombre y la dirección del paciente.

Para más información, llame al (713)490-2610. Fax (713) 490-2644

Email- patientaccess@sanjoseclinic.org

Midtown:
2615 Fannin Street, Houston, Texas 77002
Phone: 713.228.9411

www.sanjoseclinic.org

Fort Bend:
1615 Avenue E, Rosenberg, Texas 77471
Phone: 832.945.6711

