



PARA USO DEL HCD SOLAMENTE	
Member #:	
Site:	
Analyst:	
<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Renewal

Por favor lea la hoja informativa adjunta y responda TODAS las preguntas. La solicitud debe firmarse en la sección 7.

PARTE 1. INFORMACIÓN DEL CABEZA DE LA FAMILIA

El cabeza de familia debe ser la persona que recibirá la correspondencia.

CABEZA DE FAMILIA (Persona que recibirá la correspondencia)	
Apellido:	Nombre: I.
Dirección donde reside: Apt. #:	
Ciudad:	FL Código Postal:
Dirección donde recibe correspondencia: Apt. #: (Si es diferente a donde vive):	
Ciudad:	FL Tel. celular
Código Postal:	Tel. de la Casa:
Empleador:	
Ocupación:	
Dirección del Empleador:	
Ciudad:	Estado: Código Postal:
¿Es usted <input type="checkbox"/> casado, <input type="checkbox"/> soltero, <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> separado?	

PARTE 2: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Liste su nombre y el nombre de cada miembro de su familia, que vive en su casa, incluso si cuentan con otro seguro médico. Tiene que llenar todas las columnas. No olvide incluirse a usted mismo en la parte sombreada de esta sección.

Nombre legal Apellido, Nombre, Inicial	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	Relacion con usted	No. de Seguro Social.	Raza B/N/H/O	País de Nacimiento	¿Ciudadano Americano? (Sí/No)	¿Quiere aplicar para seguro médico? (Sí/No)
			Es su					

PARTE 3: OTRA INFORMACIÓN

¿Residen usted y su familia en el Condado de Palm Beach? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay alguna embarazada en esta aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿Quién? Fecha del Parto:
¿Alguien en esta aplicación recibe beneficios de incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿Quién?
¿La incapacidad es a través de Medicaid o del Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted o un miembro de su familia Veterano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿Quién?
¿Algún miembro de su familia tiene cobertura médica de la Asociación de Veteranos de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿Quién?
¿Tiene usted o un miembro de su familia seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿Quién?
Nombre de la compañía de seguro:
¿Tiene usted o un miembro de su familia Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿Quién?
¿Tiene usted o un miembro de su familia Medicaid o el programa Médicamente Necesitado/Costo Parcial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es Sí, ¿Quién?
¿Está usted o algún miembro de su familia relacionado a un empleado del Health Care District? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió Sí, ¿cuál es el nombre del empleado?
¿Está usted o un miembro de su familia esperando una decisión sobre una demanda con relativa a lesiones (auto, o lesiones ocurridas en el trabajo)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿Quién? Nombre del Abogado: Teléfono:

PARTE 4: INFORMACIÓN DE GANANCIAS DE LA FAMILIA

Liste todas las entradas de dinero recibidas por los adultos y niños listados en esta aplicación. Asegurese mostrar la cantidad antes de deducciones (en bruto). Use páginas adicionales si es necesario. (entre la cantidad mensual de cada tipo de entrada).

Nombre de la Persona que recibe el Dinero	Salario Bruto Mensual	Tipo de Entrada	Marque todas las casillas que correspondan: <input type="checkbox"/> AFDC <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Anualidad <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Contribuciones/Soporte <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Pensiones <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Ingreso por empleo independiente <input type="checkbox"/> Seguro Social/SSI <input type="checkbox"/> Fondo de Fideicomiso <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes laborales
Pérez, Juan	\$1,000	Salario/Pago	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

HCD Use Only:

TOTAL Monthly Family Income (Add all totals) →	
FPLG % →	

PARTE 5: INFORMACIÓN DE DEDUCCIONES PERMITIDAS

¿Está usted haciendo pagos de seguro de salud seguro de vida manutención de niños pensión alimenticia ¿pagos médicos? ¿Cuánto paga cada mes? \$ _____

PARTE 6: GASTOS DE LA FAMILIA

Liste cuanto usted paga cada mes:

Alquiler/Hipoteca:	\$	Pago del carro:	\$
Servicios públicos (electricidad / agua/teléfono):	\$	Seguro: <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Vida	\$
Transportación (gasolina autobús, etc.):	\$	Préstamos:	\$
Cuidado de los niños:	\$	Cuentas médicas:	\$
Tarjetas de crédito:	\$	Otros:	\$
Comida:	\$	TOTAL:	\$

¿Alguien le está ayudando a pagar sus facturas y gastos? Si respondió Sí, ¿Quién?

PARTE 7: CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Estoy solicitando servicios y certifico que toda la información y documentación proporcionada al Health Care District del Condado de Palm Beach ("Distrito") es verdadera, correcta y completa. También certifico que las personas que solicitan la cobertura médica no tienen ninguna otra cobertura de seguro. Si tengo derecho a cualquier acción o acuerdo de terceros pagadores, notificaré al Distrito inmediatamente. Autorizo al Distrito a comprobar mi historial crediticio o mis ingresos a través de una oficina de crédito o agencia de verificación, si se considera oportuno. Autorizo la divulgación de toda la información personal, financiera y médica al Distrito para determinar la elegibilidad para los servicios y para la investigación. Entiendo que toda la información está sujeta a una auditoría. Entiendo que estoy obligado a devolver al Distrito todo el dinero pagado en mi nombre. Esto incluye el dinero que se me pagó de cualquier otra fuente, si dichos pagos se basaron en información falsa o incorrecta proporcionada. Entiendo que seré responsable del costo de recuperar dichas cantidades, incluyendo los honorarios y costos razonables de los abogados en todos los niveles de juicio y apelación. Entiendo que los proveedores especializados participantes del Distrito y los Centros de Salud locales son contratistas independientes y no son agentes o empleados del Distrito. Estoy de acuerdo en que todos los servicios, para ser cubiertos por el Distrito, deben ser realizados por un proveedor participante y que puede ser necesaria una remisión. Autorizo a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica a proporcionar al Distrito (o a su cesionario o designado) la información médica que el Distrito (o su cesionario o designado) pueda requerir, y que mi información médica puede ser compartida con las Clínicas de Atención Primaria de CL Brumback. Me comprometo a no permitir que ninguna otra persona utilice mi tarjeta de socio por ningún motivo o propósito. Es política del Distrito que se tomen medidas correctivas progresivas hasta e incluyendo la terminación de individuos y/o unidades familiares enteras de los programas de cobertura médica del Distrito asignados si se evidencia (sin limitarse a) que los miembros proporcionan información falsa en la solicitud, si el miembro muestra un comportamiento inapropiado, y problemas de cumplimiento y conducta como se documenta en ELG-5000.18. Para obtener una copia de esta política, póngase en contacto con Servicios al Cliente al (561-642-1000).

SE REQUIERE LA FIRMA A CONTINUACIÓN DE TODOS LOS ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS ENUMERADOS EN LA SECCIÓN 2: INFORMACIÓN

Firma _____ Fecha: _____

Firma _____ Fecha: _____

(El tutor legal puede rellenar este formulario cuando el paciente no está alerta o no es competente)

¿En qué idioma habla o lee? Español Inglés Creole

Por favor, envíe por fax la solicitud cumplimentada con los anexos al 561-804-4229

Visite nuestra página web en www.hcdpbc.org

HCD Use Only	
Case Worker: _____	Date _____
Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Denial Reason: _____	

District Cares Attestation Workflow

The Health Care District of Palm Beach County administers the District Cares program for eligible, uninsured residents of Palm Beach County. The program is available to individuals and/or families who do not qualify for any other public assistance health coverage program and who meet income and residency requirements. The District Cares program offers members access to the C. L. Brumback Primary Care and Dental Clinics, Federally Qualified Health Centers owned and operated by the Health Care District of Palm Beach County. Trauma patients at either St. Mary's Hospital or Delray Medical can also qualify for the District Cares program.

Program Guidelines

When applying for the District Cares program, information documenting proof of residency, income and identification are required. Eligibility representatives are available to offer assistance in fulfilling the documentation requirements. At the Trauma hospital this should be completed by case worker. At the CL Brumback Primary Care Clinics this will be completed by the certified application counselor.

Residents who are potentially eligible for Medicaid should apply and receive a denial before submitting an application for the District Cares program. Residents who receive Medicare parts A and B benefit are not eligible for District Cares. Medicare recipients who are in need of prescription drug benefits should apply for Medicare Part D.

Being Considered

1. C.L. Brumback Primary Care Clinics (CLBPCC) or Trauma patients (St. Mary's Hospital or Delray Medical Center) in Palm Beach County are the only way to access the District Cares Voucher Program.
 - a. Be a resident of Palm Beach County
 - b. See a Primary Care Provider at CLBPCC or be a Trauma patient at one of the hospitals above.
 - c. Complete the District Cares attestation.
 - d. Certified Application Counselor will review and approve eligibility.

Instructions to Complete the Attestation Process

You will be asked questions by the CAC or Trauma Hospital eligibility team, and need to provide responses to all or it will delay the approval process. Only send copies of information, do not send originals.

Requirement Sections

Part 1. Head of Family Information

Proof of Palm Beach County residence and plan to stay in Palm Beach County. Include only **ONE (1)** of the following papers:

- a. A property tax bill or any information that shows ownership of property in Palm Beach County
- b. A copy of a Voter Registration Card
- c. A copy of a current lease or rent receipt that shows who the owner is and a way to contact them

- d. A mortgage statement
- e. A current Florida driver's license or vehicle registration that shows the same address that is on the application
- f. A current electric, phone, water, TV cable or any other utility bill that shows service at the same address that is on the application
- g. Palm Beach County school registration certificate of a member on the application
- h. A letter from an agency (social, religious, fraternal etc.) in Palm Beach County that shows a person in the family is enrolled.
- i. A Declaration of Domicile that has been filed at the courthouse.

Part 2. Family Information

This section addresses the size of the family and which family members are looking for health care coverage. You should include all minor children (under age 18) that are living in the household. Be sure to send in the two (2) forms of identification for everyone applying for health care coverage. **Do not** include grandparents, aunts, uncles, cousins, nieces, nephews. They should complete a separate application.

The identification that is needed is a copy of **any two (2)** items listed below for each person in the family. **Remember that a picture ID and a signed copy of the Social Security Card are the best kind of ID to send.**

- a. A Social Security Card or validated number
- b. US Certificate of Naturalization
- c. Any birth certificate (Any state or country) or registration card
- d. A letter or identification from any law enforcement person
- e. Any official passport
- f. Any Alien registration card
- g. School identification
- h. Any military identification card
- i. Church or Temple membership
- j. Medical Records
- k. Any Drivers license, any state, country or international

Part 3. Other Needed Information

This information assists with determining the best health coverage for the patient.

Part 4. Family Income information

Last four (4) weeks of the money earned (before deductions) to determine eligibility for health coverage. All money received from anyplace listed below is counted.

- a. AFDC
- b. Alimony
- c. Annuity

- d. Child Support
- e. Contributions/Support
- f. Loans
- g. Pensions
- h. Rental Income
- i. Unemployment
- j. Veterans
- k. Wages/Paystubs
- l. Worker's Compensation

Part 5. Allowable Income Deduction Information

Monthly payments for the following: alimony; child support; health insurance premiums; life insurance premiums; and/or medical payments.

Part 6. Family Expenses

Monthly family expenses. If nothing is paid, put a zero (0) in each box.

Process for CLB Primary Care Clinic CAC

1. After reviewing documents provided and questions answered by the patient. The CAC may ask for additional clarification. If nothing else is needed the CAC can approve for six months or deny District Cares Voucher program.
2. A Health Access letter will be sent to the patient with eligibility dates.
3. Patient will need to follow program guidelines and cannot see a specialist outside of the CL Brumback Primary Care Clinic or Trauma hospital without authorization.