



PO Box 4679
Austin, TX 78765
512-206-1118

Proyecto Acceso Solicitud de Inscripción

Fecha: _____

PART 1: Información del solicitante

Por favor complete las tres partes de esta solicitud y luego envíe la solicitud completa a la dirección arriba mencionada.

Nombre: Nombre (s) _____ Apellidos _____ Apellido de soltera _____

Calle _____ Número del apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ País de nacimiento _____ Número de seguro social _____ Número de licencia _____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono de la casa _____ teléfono del trabajo _____ otro teléfono donde se le pueda localizar _____

Raza / etnicidad: Africo-americano Asiático/ de las Islas del Pacífico Caucásico Hispano Otro _____

Estado civil: Casado Separado Divorciado Soltero Viudo

Ciudadano de los Estados Unidos: Sí No Si no, es usted residente legal permanente? Sí No Fecha de residencia _____

Mayor nivel educativo completado: _____ Primer idioma: _____

¿Cuántos adultos viven en su casa? _____ ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su casa? _____

¿Ha vivido usted en el Condado de Travis durante los 6 meses anteriores? (Puede probarlo) Sí No

¿Trabaja usted actualmente? Sí Si su respuesta es sí, ¿dónde? _____

No Si su respuesta es no, fecha del empleo más reciente. _____

¿Cuál es su sueldo mensual antes de deducir los impuestos?(Necesitará pruebas de esto) _____

¿Ha recibido ayuda médica de "MAP" antes? Sí No
Si su respuesta es sí, ¿cuándo? _____ ¿Por qué fue cancelada / ó por qué ya no la tiene? _____

¿Tiene actualmente "Medicaid" ó "Medicare"? Sí No ¿Tiene actualmente seguro de salud? Sí No

¿Ha recibido "Medicaid", "Medicare" ó beneficios de seguro médico antes? Sí No
Si sí, ¿cuándo? _____ ¿Por qué fue cancelado / o por qué ya no lo tiene? _____

¿Tiene usted pendiente una solicitud para "Medicaid", "Medicare", o algún seguro de salud? Sí No

¿Recibe usted actualmente Seguro Social o Beneficios por Incapacidad SSI ? Sí No Si sí, ¿cuál? _____

¿Tiene usted alguna incapacidad relacionada con el servicio militar? Sí No

¿Ha visto usted a un proveedor de servicio médico dentro de los 12 meses previos. Incluyendo los servicios de hospitalización de emergencias, alguna clínica, algún hospital o doctor?

Sí No Si sí, ¿dónde? _____ ¿Cuándo? _____

Office Use Only	Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Income: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 125% <input type="checkbox"/> 150% _____%
Enrolled by: _____	(site)	Date of Enrollment: _____
Referred to: _____	Physician	Appointment Date
		Appointment Time



PO Box 4679
Austin, TX 78765
512-206-1118

Proyecto Acceso Solicitud de Inscripción

PART 2: Información familiar

Fecha: _____

Nombre: Nombre (s) _____ Apellidos _____ Apellido de soltera _____

Por favor conteste las siguientes preguntas para cada miembro de familia que vive con usted: (Use otra página si es necesario)

Nombre (Apellido, Primero, Segundo)	¿Cuál es su parentesco con usted?	Edad	Estado Civil (soltero, casado)	Ingresos Mensuales Brutos (antes de la deducción de impuestos)	Cuentas Bancarias de cheques + ahorros

Si alguna de las personas arriba mencionadas labora como trabajador independiente, por favor indique la cantidad mensual de los gastos del negocio de cada uno: _____

Si alguna de las personas arriba mencionadas es dueña de un vehículo, por favor indique el año, la clase y el modelo del automóvil _____

Si no reciben ningún ingreso, por favor explique como sus necesidades básicas de alimentó, ropa, casa, y servicios son resueltas.

Por favor incluya / añada a esta solicitud una prueba de residencia y una prueba de ingresos de casa persona arriba mencionada que reciba ingresos actualmente. Los diferentes documentos aceptados como pruebas se enumeran en los documentos adjuntos a esta solicitud. SU SOLICITUD ESTA INCOMPLETA SIN ESTAS PRUEBAS.

Certifico que la información antes mencionada está completa y correcta e incluye mis ingresos y dirección. Certifico que soy un ciudadano de los ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA ó residente legal permanente de los ESTADOS UNIDOS. Certifico que la información antes mencionada es verdad al mejor de mi conocimiento y no hay ningún intento de mi parte para cometer fraude. Entiendo que la acción apropiada será tomada si la información antes mencionada ha sido falsificada.

_____ Firma del solicitante _____ Fecha _____



PO Box 4679
Austin, TX 78765
512-206-1118

Proyecto Acceso Solicitud de Inscripción

PART 3: Responsabilidades del Paciente

Descripción del programa

Nadie está siendo pagado por la atención médica, que usted recibe. La atención que se le proporciona está siendo dada por voluntarios del Proyecto Acceso sin esperar ningún pago ó remuneración y se es dada y recibida através de un intercambio en el cual usted acepta una limitación en la recuperación de los daños que pudieran resultar del voluntario. Los doctores, los hospitales y muchos otros ofrecen voluntariamente sus servicios para ayudarle con sus problemas de salud y para que permanezca saludable. Esto no es seguro o un programa del gobierno. Nuestra ayuda puede terminar en cualquier momento, por cualquier razón. **Los costos de una hospitalización en cuartos de emergencia, así como los servicios de ambulancia no están cubiertos por este programa.** Sus responsabilidades, la ayuda disponible, y otras condiciones pueden cambiar en cualquier momento. Firmando éste documento usted acuerda seguir las responsabilidades del paciente enumeradas abajo y autoriza al proyecto Acceso verificar la información que nos ha proporcionado. Reservamos los derechos de solicitarle que usted pague cualquier asistencia / ayuda que haya recibido basado en la información incorrecta que usted haya proporcionado.

Información general

Usted acepta que:

- Como participante del proyecto Acceso, usted firmará la autorización de "I-Care", que autoriza compartir su información con todos los miembros de la colaboración del cuidado de indigentes.
- Hará sus citas **solamente con** los doctores a las cuales se le ha referido.
- **Se presentará a cada cita con su doctor** y notificará a la oficina de su doctor al menos 24 horas antes de la cita, si usted no puede presentarse a ella. (Faltar a sus citas puede resultar en la cancelación de su participación en este programa)
- Haga \$5 donación para proyectar el acceso para cada cita, de: Project Access Accounting PO Box 4679, Austin, Tx 78765
- Necesitará traer a una persona que pueda traducirle al ingles (en el caso de ser necesario) en cada una de sus citas.
- Presentará su tarjeta de identificación del proyecto Acceso cada vez que usted vea a su doctor.
- Seguirá su plan del tratamiento, por ejemplo: consiga los medicamentos en las recetas y tómelas como se le ha indicado.
- Usted proveerá puntualmente la información relevante de elegibilidad que se le solicite para el programa.
- Usted informará inmediatamente al personal apropiado del proyecto Acceso si sus ingresos cambian o usted es cubierto por "Medicaid", el "MAP", el seguro medico privado, o cualquier otros beneficios médicos.
- Usted solicitará "Medicaid" o otros programas que el proyecto Acceso le pida.
- Usted informará inmediatamente al personal apropiado del proyecto Acceso cualquier cambio en su dirección o número de teléfono.
- Durante las tardes y los fines de semana, si usted no puede localizar a su doctor, usted llamará Urgent Care Plus, 512-233-1260. Esta linea esta disponible en las tardes t fines de samana de 8 a 10 todos los dias del ano.

Ayuda para los medicamentos

Usted entiende que:

- Usted llamará la oficina del Proyecto Acceso antes de llenar cualquier prescripción escrita por un médico del voluntario del Proyecto Acceso.
- Muchos tipos, pero no todas las medicaciones están disponibles con este programa.
- Cuando es posible, Proyecto Acceso hará un uso en su favor para las medicaciones con programas de la ayuda de la prescripción de los fabricantes de la droga
- Cada vez que usted recibe la medicación de un fabricante él es responsabilidad de notificar al coordinador de la ayuda de la prescripción del Proyecto Acceso.
- Usted debe presentar su tarjeta de la prescripción del Proyecto Acceso cada vez que usted hace una prescripción llenar.
- El programa funciona con los recursos limitados.

Firmando abajo, usted confirma que entiende y acepta las condiciones arriba mencionadas.

Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____
(letra de molde) Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Por favor envíe la solicitud completa a: Proyecto Access, P.O Box 4679, Austin, TX 78765

Documentos aceptados como prueba para participar en el Proyecto Acceso "Project Access"

PRUEBAS ACEPTABLES DE RESIDENCIA (proporcione un documento de los abajo mencionados)

Nota: Cualquiera de los documentos que usted presente **debera tener una antigüedad por lo menos de 6 meses es decir, que haya sido expedido por lo menos 6 meses atrás de la fecha en que se presente como prueba.**

- Copia de la licencia de conducir o identificación expedida por el Departamento de Seguridad Pública de Texas con la dirección actual
- Copia de la tarjeta para votar
- Copia de un recibo de luz o de la cuenta de alguno de los servicios públicos por parte de la compañía que los haya proporcionado
- Copia de un recibo de renta o una declaración escrita del dueño / administración de la propiedad, el cual no deberá ser un familiar.
- Copia de un recibo o carta de verificación de la compañía financiera o hipotecaria de su propiedad.
- Copia de los expedientes de empleo o carta de verificación del empleador / patrón el cual no deberá ser un familiar
- Copia de los expedientes de la iglesia o carta de verificación por parte del clero.
- Sobre de correo sellado por la oficina de correos por lo menos 6 meses atrás de la fecha de presentación. Dicho sobre deberá tener el nombre del propietario/inquilino de la casa y su dirección.
- Copia de una orden de manutención / apoyo económico para menores / niños expedida por la corte, expediente de la corte de menores, o expediente de asistencia social para niños.

PRUEBAS ACEPTABLES DE LOS INGRESOS (proporcione un documento para cada tipo de ingreso)

INGRESOS GANADOS

- Todos los comprobantes / talones de cheque del primer día del mes pasado hasta la fecha
- o una declaración escrita del patrón incluyendo:
 - 1) nombre, dirección, y teléfono del patrón
 - 2) cuánto dinero fue ganado cada período de pago del primer día del mes pasado a la fecha.

OTROS INGRESOS

- Copia del cheque
- o estado de cuenta bancario que muestre dividendos e intereses.
- Declaración escrita de una compañía o cajas populares / banco para empleados donde se verifique una pensión ó beneficios.

INGRESOS DE TRABAJO INDEPENDIENTE

- Copia de la declaración de impuestos del año pasado al "IRS", recibos o expedientes del negocio.

INGRESOS DEL SEGURO SOCIAL O DEL INGRESO SUPLEMENTARIO DEL SEGURO (SSI)

- Aviso actual de la aprobación, carta o declaración escrita de la administración del Seguro Social
- Copia de un cheque actual o de un recibo / ficha de deposito

INGRESO POR INDEMINIZACION PARA EL TRABAJADOR

- Copia del comprobante / talón de cheque o del aviso actual de la aprobación, o la declaración escrita de la persona encargada de la demanda / petición, del abogado, o de la compañía de seguros

BECAS O PRESTAMOS PARA LA EDUCACION

- Declaración escrita, carta, o los expedientes de la escuela, organización, club o de la agencia que proporciona el beneficio

REMUNERACIÓN POR DESEMPLEO

- Aviso actual de la aprobación ó declaración escrita de la Comisión de Trabajadores del estado de Texas o copia de un cheque actual

OTROS BENEFICIOS DEL GOBIERNO

- Aviso actual de la aprobación, carta o declaración escrita oficial, o copia de cheque actual.

CONTRIBUCIONES

- Declaración escrita de la persona o agencia que le proporciona el dinero o le ayuda a realizar sus pagos. Su declaración deberá ser escrita e incluir: Su nombre, dirección, y número de teléfono, cuánto dinero le han dado del primer día del mes pasado a la fecha, así como especificar si la ayuda continuará y cuando finalizará

INGRESOS POR MANUNTENCION A MENORES (Pensión alimenticia para menores/niños)

- **Cheques cancelados** (El primero del mes pasado hasta la fecha, si es posible) o
- los expedients actuales de las oficinas del "Attorney General" tales como (orden judicial, acuerdo de manutención o divorcio, documentos de la separación, etc)