

Para uso exclusivo de la oficina
 Tipo de paciente _____
 Cantidad de W/O \$ _____
 Resultados de S/A: _____ h/h \$ _____
 Centro _____
 N ° de cuenta _____
 N ° de registro médico _____

I. Características demográficas del paciente

Nombre del paciente: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

_____ (Teléfono) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Nombre del garante: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Dirección: _____
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Ha solicitado usted asistencia financiera con algún centro Novant Health, Inc (Novant Medical Group Physician Practice, Presbyterian Hospital, Thomasville Medical Center, Forsyth Medical Center, etc.) en el pasado? Sí No.
 Si lo ha solicitado, proporcione la fecha de la solicitud o aprobación. _____

Novant Health es un participante orgulloso de Inclusive Health, también conocido como North Carolina Health Insurance Risk Pool (NCHIRP), que brinda cobertura de seguro médico asequible e individual a las personas que viven en Carolina del Norte, no tienen acceso a un plan de salud del empleador y enfrentan primas más altas debido a una afección médica preexistente. También ofrecerá cobertura a las personas que sean elegibles según definición federal de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) o que reúnan los requisitos debido a la pérdida del empleo por los efectos del comercio internacional conforme al Crédito Tributario por Cuidados de Salud. ¿Le gustaría que lo consideráramos para este programa? Sí No. Si lo desea, su consejero financiero le brindará información adicional.

II. Información familiar

| | | | | |
|---|--------|---------|----------|---------------------------------|
| Estado civil (encierre una opción con un círculo) | Casado | Soltero | Separado | Total de miembros en la familia |
|---|--------|---------|----------|---------------------------------|

| | |
|------------------------|-------------------------------------|
| Nombre del dependiente | Fecha de nacimiento del dependiente |
| | |
| | |

III. Empleo/Ingresos

| | |
|---|--|
| Empleador del paciente/garante: | |
| Cantidad de ingreso bruto mensual \$ | |
| Fuente de ingresos: <i>adjunte una verificación o explicación de la situación actual.</i> | |
| Fuente de ingresos del cónyuge o de otro tipo y cantidad de ingreso bruto mensual \$ | |
| Ingreso familiar bruto anual total \$ | |
| ¿Posee una cuenta bancaria activa? | ¿Declaró los impuestos del año anterior? |

IV. Verificación del seguro

| | | |
|--|----|----|
| ¿Posee algún seguro médico? | SÍ | NO |
| Nombre de la compañía de seguro: | | |
| ¿Tiene empleo? | SÍ | NO |
| Si quedó desempleado en los últimos 90 días, proporcione lo siguiente: Nombre de su último empleador y fechas de empleo: Nombre de la compañía aseguradora patrocinada por su empleador: | | |
| ¿Es usted elegible para los beneficios de COBRA? | | |

Certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que información fraudulenta o falsa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar la información proporcionada y para la facturación y el cobro conforme a las leyes federales y estatales vigentes. Es posible que se solicite un comprobante de ingresos antes de realizar cualquier consideración. Los comprobantes de ingresos aceptables pueden ser, entre otros: copia de los talones de sueldo, copia de la declaración de impuestos del año anterior o una carta del empleador donde se indique el sueldo actual y las horas trabajadas.

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|----------|----------|
| Firma del paciente/garante: | | Fecha: | | |
| Porcentaje del nivel federal de pobreza: | | Decisión basada en lo siguiente: | | |
| Comentarios/Resumen: | | | | |
| Firma del entrevistador | | Fecha: | | |
| Firma del gerente | | Fecha: | Aprobado | Denegado |
| Firma del director | | Fecha: | Aprobado | Denegado |
| Firma del vicepresidente ejecutivo/vicepresidente sénior | | Fecha: | Aprobado | Denegado |

Solicitud de asistencia financiera (Anexo A)

Declaración del paciente:

(Utilice el espacio que aparece a continuación para brindar información adicional sobre su situación financiera y su capacidad de pago. Si no tiene empleo, brinde información relacionada sobre cómo se sustenta y quién le proporciona alimentos y albergue).

Certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que información fraudulenta o falsa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar la información proporcionada y para la facturación y el cobro conforme a las leyes federales y estatales vigentes. Es posible que se solicite un comprobante de ingresos antes de realizar cualquier consideración. Los comprobantes de ingresos aceptables pueden ser, entre otros: copia de los talones de sueldo, copia de la declaración de impuestos del año anterior o una carta del empleador donde se indique el sueldo actual y las horas trabajadas.

| | | |
|-----------------------------------|--|---------------|
| Firma del paciente/garante | | Fecha: |
| Firma del entrevistador | | Fecha: |

| | |
|--------------------|--|
| Comentarios | |
|--------------------|--|

Exclusivo para uso administrativo
De ser catastrófico, documente la cantidad que el paciente puede pagar en función de entrevistas de seguimiento:



Consentimiento para la divulgación de información

Yo, _____, autorizo al defensor de Ciclos de Ingresos de Novant Medical Group a asistirme para completar solicitudes para programas, a fin de obtener ayuda para cubrir los gastos médicos. (Los programas de asistencia pueden incluir recursos de organismos estatales, federales o privados). El guía financiero tendrá acceso para obtener y copiar cualquier registro y/o información relacionados con los servicios médicos u otro tipo de registros y/o información.

El defensor de Ciclos de Ingresos, _____, puede obtener cualquier tipo de información, ya sea oral o escrita, del Departamento de Servicios Sociales del Condado respecto de la elegibilidad para Medicaid. Solicito que se envíe una copia de la aprobación o del formulario 5020 al defensor de Ciclos de Ingresos que me esté asistiendo con mi solicitud.

Reconozco que este consentimiento me ha sido explicado y es voluntario. Comprendo que yo/el guía financiero puedo (puede) revocar esta autorización en cualquier momento, pero no tendrá ningún efecto en las acciones previas que el guía financiero haya realizado antes de recibir la revocación.

Este consentimiento para la divulgación de información será válido durante un año o hasta la determinación final de cualquier solicitud de beneficios a mi nombre. Comprendo además que, al firmar a continuación, estoy autorizando la divulgación o intercambio de estos registros para obtener asistencia médica.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)
Social __ N.º de registro médico

__ N.º de cuenta del paciente __ N.º de Seguro

Firma

Fecha








Persona que recibe/comunica la información:

Firma del defensor de Ciclos de Ingresos

Fecha

Número de teléfono: (____) _____ - _____

La salud comienza en nuestros hogares, escuelas y trabajos. Cuando sepamos más sobre usted, podemos brindarle una mejor atención para apoyar su salud y bienestar. No podemos garantizar ayuda en todas las áreas, pero haremos todo lo posible para responder a sus prioridades. Encierra en un círculo tu respuesta. Si no desea responder, deje la pregunta en blanco.

| | | | |
|--|---|----|----|
|  | 1. En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que su comida se agotara antes de obtener suficiente dinero para comprar más? | Sí | No |
| | 2. En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no duró y no tenía dinero para obtener más? | Sí | No |
|  | 3. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez te has quedado: afuera, en un automóvil, en una tienda de campaña, en un refugio nocturno o temporalmente en la casa de otra persona ("surf en el sofá")? | Sí | No |
| | 4. ¿Te preocupa perder tu vivienda? | Sí | No |
|  | 5. En los últimos 12 meses, ¿no ha podido obtener los servicios públicos (calentamiento de casa, electricidad) cuando realmente era necesario? | Sí | No |
|  | 6. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas o hacer las cosas necesarias para la vida diaria? | Sí | No |
|  | 7. ¿Te sientes inseguro física o emocionalmente donde vives actualmente? | Sí | No |
| | 8. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha pegado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente? | Sí | No |
| | 9. En los últimos 12 meses, ¿ha sido humillado o abusado emocionalmente por alguien? | Sí | No |
|  | 10. ¿Alguna de sus necesidades es urgente? Por ejemplo, "No tengo comida esta noche", "No tengo un lugar para dormir esta noche", "Me temo que me lastimaré si me voy a casa hoy". | Sí | No |
|  | 11. ¿Desea ayuda con alguna de las necesidades que ha identificado? | Sí | No |

Si desea ayuda:

¿Qué pasos ha tomado para abordar estas necesidades? Marque la casilla que describe lo que tiene.

| | Lo estoy usando | Lo solicité, pero aún no lo estoy usando | | Lo estoy usando | Lo solicité, pero aún no lo estoy usando |
|------------------------------|-----------------|--|-------------------------------|-----------------|--|
| SNAP or Cupones de alimentos | | | Medicaid | | |
| WIC | | | Transporte | | |
| Despensa de Alimentos | | | Incapacidad del Seguro Social | | |
| Alojamiento | | | Empleo | | |
| Abrigo | | | Otro: | | |

Últimos cuatro dígitos del SSN del paciente:

N NOVANT
HEALTH

Michael Jordan Family Medical Clinic

Place patient label here



Novant Health Charity Care Program

El programa de atención de caridad, proporcionado por todos los afiliados de Novant Health ("Novant Health"), permite que los pacientes calificados de bajos ingresos reciban atención gratuita para servicios de emergencia o médicamente necesarios (los servicios electivos no están incluidos). La atención de caridad no es un seguro médico.

Criterio de elegibilidad

- Los pacientes deben vivir dentro del área de influencia de Novant Health
- Los pacientes no deben tener seguro y no deben ser elegibles para un seguro médico a través de un empleador, el empleador del cónyuge, la escuela, Medicaid, Medicare, compensación al trabajador, beneficios para veteranos, etc.
- Los ingresos del hogar deben estar dentro del 300% del nivel federal de pobreza.

Qué pasa después de aplicar?

Espera al menos 14 días hábiles para procesar su solicitud. Una vez aprobado, puede inscribirse en el programa por hasta seis meses. Debe volver a aplicar cada seis meses para permanecer en el programa. Recibirá una carta por correo confirmando su aprobación.

Debemos tener su solicitud y los documentos de respaldo para procesarlo y aprobarlo para el programa.

Debe mantener un proveedor en las clínicas que se enumeran a continuación como su médico de atención primaria.

¿Qué está cubierto?

- Servicios proporcionados por su médico de atención primaria
- Servicios proporcionados por otra clínica de Novant Health cuando lo refiera su médico de atención primaria

¿Qué NO ESTÁ cubierto?

- Cualquier derivación fuera de Novant Health
- Departamento de Emergencias de Novant Health
- Servicios de imagenología de radiólogos o terceros
- Anestesiólogo
- Cirugía
- Servicios de patólogo o laboratorio
- Servicios facturados al hospital
- Servicios fuera del consultorio de su médico de atención primaria que no son médicamente necesarios

¿Qué sucede si necesito ayuda con servicios fuera de Novant Health?

Nuestras clínicas cuentan con trabajadores sociales en el personal que lo ayudarán a conectarse con recursos comunitarios como servicios dentales, de la vista, despensas de alimentos, programas de asistencia al paciente, etc. No dude en programar una cita con un trabajador social para discutir cualquier recurso comunitario de vinculación que necesite.

Consulte con su proveedor sobre las necesidades y los recursos médicos fuera del alcance del trabajo social.



Michael Jordan Family Medical Clinic
3149 Freedom Dr Charlotte NC 28208
Ph: 980-302-9405



Movement Family Wellness Center
2225 Freedom Dr Charlotte NC 28208
Ph: 980-302-9000



Michael Jordan Family Medical Clinic- North End
2701 Statesville Ave Charlotte NC 28206
Ph: 980-302-8521



Novant Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Novant Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Novant Health:

1. Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, tales como:
 1. Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 2. Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
2. Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 1. Intérpretes calificados
 2. Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese sin cargo con los servicios de interpretación de Novant Health al 1-855-526-4411, luego seleccione la opción 3. TDD / TTY: 1-800-735-8262.

Si cree que Novant Health no ha brindado estos servicios o discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Departamento de servicios al paciente
A la atención de: coordinador de la Sección 1557
200 Hawthorne Lane
Charlotte, NC 28204

Teléfono: 1-888-648-7999 (sin cargo)
TDD / TTY: 1-800-735-8262

NovantHealth.org/home/contact-us.aspx

Puede presentar una queja por correo, en persona en el centro de Novant Health donde se proporcionó la atención, o enviando el formulario en el enlace anterior. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame gratis al 1-888-648-7999 o TDD / TTY 1-800-735-8262.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en línea en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, D.C.20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html

ATENCIÓN: los servicios de asistencia lingüística, gratuitos, están disponibles para usted. Llame al 1-855-526-4411. Seleccione la opción 3. TDD / TTY: 1-800-735-8262.

| | |
|------------------------------|---|
| Español (Spanish) | <i>ATENCIÓN: Los servicios de asistencia lingüísticos, gratuitos, están disponibles para usted. Llame al 1-855-526-4411. Seleccione la opción 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.</i> |
| 繁體中文 (Chinese) | <i>注意：您可以享受免費的語言協助服務。請撥打1-855-526-4411。選擇選項3。TDD/TTY：1-800-735-8262。</i> |
| Tiếng Việt (Vietnamese) | <i>CHÚ Ý: Có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi 1-855-526-4411. Chọn tùy chọn 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.</i> |
| 한국어 (Korean) | <i>주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-526-4411 번으로 전화하십시오. 옵션 3을 선택하십시오. TDD/TTY: 1-800-735-8262.</i> |
| Français (French) | <i>IMPORTANT : Des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le +1 855 526 4411. Sélectionnez l'option 3. Dispositif de télécommunication pour sourds et malentendants : +1 800 735 8262.</i> |
| العربية (Arabic) | <i>ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. اتصل على الرقم 1-855-526-4411. اختر الخيار 3. جهاز الاتصال الكتابي/الهاتف النصي: 1-800-735-8262.</i> |
| Русский (Russian) | <i>ВНИМАНИЕ: Для вас доступна бесплатная услуга языковой поддержки. Позвоните по телефону 1-855-526-4411. Выберите вариант 3. Текстовый телефон/телетайп: 1-800-735-8262.</i> |
| Tagalog (Tagalog – Filipino) | <i>ATENSYON: May mga libheng serbisyo ng tulong sa wika na available sa iyo. Tumawag sa 1-855-526-4411. Piliin ang opsyon 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.</i> |
| فارسی (Farsi) | <i>1-855-526-4411 توجه: خدمات ترجمه به طور رایگان در اختیارتان قرار دارد. با شماره 1-800-735-8262 TDD/TTY را انتخاب کنید. 3 تماس بگیرید. گزینه 4411</i> |
| አማርኛ (Amharic) | <i>ማሳሰቢያ:- የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ 1-855-526-4411 ላይ ይደውሉ። አማርኛ 3 ን ይምረጡ። TDD/TTY:- 1-800-735-8262.</i> |
| Deutsch (German) | <i>HINWEIS: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Wählen Sie +1 855 526 4411. Wählen Sie Option 3 aus. TDD/TTY: 1 800 735 8262.</i> |
| اُردُو (Urdu) | <i>برائے توجہ: آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ 1-855-526-4411 پر فون کریں۔ اختیار 3 چنیں۔ TDD/TTY: 1-800-735-8262۔</i> |
| हिंदी (Hindi) | <i>ध्यान दें: आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-526-4411 को कॉल करें। विकल्प 3 चुनें। TDD/TTY: 1-800-735-8262.</i> |
| ગુજરાતી (Gujarati) | <i>સાવધાન: તમારા માટે ભાષા સહાય સેવાઓ, વિના મૂલ્યે, ઉપલબ્ધ છે. 1-855-526-4411 પર કોલ કરો. વિકલ્પ 3 પસંદ કરો. TDD/TTY: 1-800-735-8262.</i> |
| বাংলা (Bengali) | <i>মনোযোগ দিন: আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা লভ্য আছে। 1-855-526-4411 নম্বরে ফোন করুন। বিকল্প 3 নির্বাচন করুন। TDD/TTY: 1-800-735-8262।</i> |