



## Solicitud de Plan de Acceso de Atención Primaria/Plan de Acceso de Salud Conductual

El Plan de Acceso de Atención Primaria (PCAP, por sus siglas en inglés) y el Plan de Acceso de Salud Conductual (BHAP, por sus siglas en inglés) son proporcionados por los fondos estatales de la Oficina de Salud Rural de Carolina del Norte. Los Planes de Acceso cubrirán muchos servicios médicamente necesarios proporcionados por su consultorio médico. Una lista completa de servicios está disponible bajo petición. Si son elegibles, los participantes inscritos están cubiertos durante un año a partir de la fecha de aprobación o hasta un cambio en su estado económico o de seguro médico. Los participantes deben volver a certificarse para este programa anualmente e informar al consultorio de cualquier cambio en el estado económico o de seguro médico.

**\*Los pacientes pueden recibir una visita gratuita de PCAP/ BHAP  
sin aprobación, pero para visitas adicionales, se requiere tener aprobación. \***

El paciente completa todas las secciones a continuación. El apoyo para completar la solicitud puede ser proporcionado por el Centro de Salud Rural Designado por el Estado (SDRHC, por sus siglas en inglés).

### Información del solicitante

---

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
--------	----------------------------	----------

**Domicilio actual**

---

Dirección o apartado postal	Ciudad	Código postal
-----------------------------	--------	---------------

**Teléfono donde se puede contactar al solicitante durante el día** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** (\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**N.º de seguro social (si corresponde)** \_\_\_\_\_

**Estado civil del solicitante: (Verificar)**

Soltero      Casado      Viudo      Divorciado      Separado

**Raza: (Marque las opciones que correspondan)**

Indígena americano o nativo de Alaska      Asiático      Afroamericano

Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico      Blanco      Prefiero no responder

**Origen étnico: (Marque sí o no)** Hispano/Latino      *Sí*      *No*

**Preferencia de idioma: (Marque uno)** Inglés      Español      Otro. \_\_\_\_\_



## Solicitud de Plan de Acceso de Atención Primaria/Plan de Acceso de Salud Conductual

**\*\*Complete la tabla a continuación e incluya la información de los solicitantes individuales o familiares.**

**TAMAÑO DE LA FAMILIA:**

- Usted
- Su cónyuge.
- Sus hijos menores de 21 años, incluidos sus hijastros
- Cualquier otra persona en la misma declaración federal de impuestos (incluidos los hijos mayores de 21 años que se reclaman en la declaración de impuestos de uno de los padres). No es necesario declarar impuestos para obtener cobertura médica.

**No incluye:**

- Sus padres que viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si es mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos
- Si alguien de su familia está embarazada, no incluya al bebé en el tamaño de su familia en esta página

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>¿Es esta persona un paciente?</u>	<i>*PARA USO DE OFICINA *</i> <u>¿Es esta persona elegible para el programa PCAP/BHAP?</u>

**INGRESOS FAMILIARES** - Enumere los ingresos obtenidos por usted o cualquier otra persona que contribuya a su hogar. Los ingresos incluyen el sueldo, propinas y el salario recibido. Adjunte los documentos de apoyo. Ponga un 0 si no corresponde.

*Cálculo de la cantidad bruta: si usted o alguien de su familia recibe beneficios o deducciones, use la cantidad de ingresos ANTES de que las deducciones o beneficios se cobren.*

Nombre(s) de los miembros de la familia	¿Con qué frecuencia se paga? Mensual, semanal, etc.	Monto bruto (antes de impuestos o deducciones)
<b>TOTAL</b>		



## Solicitud de Plan de Acceso de Atención Primaria/Plan de Acceso de Salud Conductual

**BENEFICIOS FAMILIARES** - Ingresos como el de la seguridad social, beneficios de desempleo, beneficios de jubilación, manutención infantil, discapacidad privada o patrocinada por el empleador, etc. Proporcione copias de cualquier recibo de pago, carta de adjudicación u otra prueba de estos ingresos. *Ponga 0 si el paciente no tiene ningún beneficio.*

Nombre del miembro de la familia que recibe beneficios	Enumere de dónde provienen los ingresos (es decir, manutención de los hijos, seguridad social, desempleo, etc.)	¿Qué tan frecuente es recibido? Mensual, semanal, etc.	Monto bruto
		<b>TOTAL</b>	

Nombre del miembro de la familia que paga	Lista del tipo de deducción (ej.: manutención infantil, pensión alimenticia, etc.)	¿Con qué frecuencia paga?	Monto
		<b>TOTAL</b>	

**DEDUCCIONES** – Las deducciones incluidas deben apoyar o pagar a un dependiente. La oficina puede solicitar una prueba de recursos a través de la documentación, pero no es requerida por NC ORH. *Ponga 0 si no tiene ningún recurso.*

<b>TOTAL DE INGRESOS BRUTOS</b>	
<b>TOTAL DEDUCCIONES</b>	
<b>TOTAL GENERAL</b>	

*¿Qué se incluye en los cálculos anteriores?*

- Ingresos brutos totales = Ingresos totales + Beneficios totales
- Deducciones totales = Deducciones totales (si se proporcionan)
- Total general = Ingresos brutos totales – Deducciones totales (si se proporcionan)



## Solicitud de Plan de Acceso de Atención Primaria/Plan de Acceso de Salud Conductual

**Comentarios/Información adicional:** Utilice esta sección para detallar o proporcionar una explicación de cualquier cosa que no se haya podido incluir en la aplicación anterior.

### Reconocimiento del solicitante

- Leí o me leyeron todas las partes de esta solicitud y entiendo mis derechos y responsabilidades como solicitante/destinatario. Los derechos y responsabilidades se encuentran en la última página de esta solicitud.
- Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para establecer mi elegibilidad. Esta versión es válida durante un año a partir de la fecha de esta solicitud.
- Esta autorización para divulgar información puede ser reproducida.
- Toda la información que doy es confidencial.
- Certifico que todas las declaraciones registradas en este documento son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

**Firma del solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor de detección que completa el formulario** \_\_\_\_\_ **Título** \_\_\_\_\_

**Nombre impreso/digitado del proveedor que completa el formulario** \_\_\_\_\_



## **Solicitud de Plan de Acceso de Atención Primaria/Plan de Acceso de Salud Conductual**

### **Sus derechos y responsabilidades**

#### ***Derechos:***

- Solicitar asistencia y, si no es elegible, puede volver a solicitarla en cualquier momento.
- No ser discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad o discapacidad.
- La información que proporcione es confidencial.
- Solicitar ayuda con el transporte médico, si es elegible para el Plan de Acceso a la Atención Primaria/Programa de Acceso a la Salud Conductual. Si se proporciona transporte, será al proveedor médico apropiado más cercano de su elección, por el método menos costoso. Para solicitar asistencia de transporte, comuníquese con el departamento de servicios sociales de su condado.
- Retirarse del programa en cualquier momento.
  - Apelar a la Oficina de Salud Rural de Carolina del Norte si:
    - Se le negó el derecho a solicitar asistencia.
    - Se le animó a retirar su solicitud.
    - Su solicitud ha sido denegada y cree que la decisión es incorrecta.

#### ***Responsabilidades:***

- Acepto proporcionar toda la información necesaria para ayudar al proveedor a determinar mi elegibilidad.
- Acepto notificar al proveedor de cualquier cambio en mi dirección, planes para mudarme, disponibilidad de otro seguro médico o si ya no quiero recibir tratamiento de este proveedor.
- Certifico que la información que he proporcionado es una declaración de hechos verdadera y completa. Entiendo que las leyes estatales y federales prevén multas, encarcelamiento o ambos para cualquier persona que retenga o brinde información falsa para obtener asistencia.
- Certifico que actualmente vivo en Carolina del Norte.
- Entiendo que las personas enumeradas en la página uno (1) son responsables de pagar el menor de los cargos o un copago de \_\_\_\_\_ al consultorio médico para los servicios PCAP/BHAP cubiertos.
- Acepto notificar al consultorio médico de cualquier cambio que afecte el tamaño o los ingresos de mi familia.
- Los miembros de la familia inscritos participarán en este programa hasta la fecha de renovación, a menos que haya cambios en el tamaño o los ingresos de mi familia.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_