



PROJECT ACCESS

Aplicación del Programa

Rev. 2024

<u>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</u>			
Apellido:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:	
Domicilio:			Apartamento #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Género:
¿En qué condado vive?	Numero de celular:	Correo electrónico:	
Estado Civil (un círculo): Soltero Vivido Comprometida Casado Separado Divorciado Viuda Otro: _____			
País de nacimiento:		País de ciudadanía:	
Idioma preferido:		Otras idiomas hablados:	
<u>INFORMACIÓN DE LA PAREJA</u>			<input type="checkbox"/> No tiene
Apellido:		Nombre:	
Domicilio:		Numero de Celular:	
<u>CONTACTO DE EMERGENCIA</u>			<input type="checkbox"/> La misma que arriba
Nombre:		Relación con el Paciente:	
Domicilio:			Numero de Celular:
<u>FUENTE DE REFERENCIA</u>			
¿Que clinica te esta refiriendo a Project Access?			Numero de Celular:
Tiene un Médico de Cabecera(PCP)? SI O NO Nombre del Médico de Cabecera?			
Nombre del trabajador social/trabajador social de la clínica (si corresponde):			
<u>INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL PACIENTE</u>			<input type="checkbox"/> No trabajo
Empleador/Fuente de Ingresos:			
Posición:		¿Cuánto tiempo tiene en su actual trabajo?	
¿Su empleador ofrece seguro médico?			
¿Cuántas horas trabaja por semana?		Ingresos:	Por Hora O Salario
¿Si no está trabajando actualmente quien le apoya?			Relación con el Paciente:

INFORMACIÓN DE LA PAREJA

□ Ninguno

Empleador/Fuente de Ingresos:

Posición:

¿Cuánto tiempo tiene en su actual trabajo?

¿Su empleador ofrece seguro médico?

¿Cuántas horas trabaja por semana?

Ingresos:

Por Hora O Salario

DEPENDIENTES/INFORMACIÓN DEL HOGAR (Incluye todas las personas que viven con usted)**Nombre****Fecha de nacimiento****Relacion****INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE**

¿Qué farmacia usa?

¿Alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes? (marque la respuesta con un círculo):

Diabetes	NO	SI	Problemas del corazón	No	Yes
Hipertensión	NO	SI	Problemas renales	No	Yes
Cáncer (tipo: _____)	NO	SI	Enfermedad del hígado	No	Yes
Derrame Cerebral	NO	SI	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	No	Yes

¿Tiene alguna otra enfermedad o condición crónica que le gustaría que supiéramos?

¿Toma algún medicamento que le gustaría que supiéramos?

¿Consulta actualmente a un médico en el Hospital UAB? En caso afirmativo, proporcione el nombre del médico o la clínica:

¿Alguna vez ha solicitado Discapacidad/SSI?

En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de su aplicación?

¿Alguna vez ha recibido atención en Cooper Green Hospital?

Eres un veterano?

INFORMACIÓN FINANCIERA (Para usted y su pareja)

Ingresos / Bienes Personales

Gastos Mensuales

Seguro Social:	Efectivo:	Hipoteca:	Cuidado de los niños:
Discapacidad/SSI:	Cupones Alimenticios/WIC:	Gas:	Asegurancia de Automóvil::
Pension:	Ingresos de Alquiler:	Electricidad:	Pago de Automóvil:
Desempleo/Compensación:	Inversiones/Dividendos:	Telefono:	Deudas:
Manutención de Hijos:	Propiedad:	Agua:	Otro:
Pensión alimenticia:	Arreglo financiero:	Comida:	Otro:

ATESTACIÓN DE BANCO/IMPUESTOS/INGRESOS (Para usted y su pareja)

Por favor solo marque lo que NO tiene en la caja en blanco y escriba sus iniciales en la línea. Si tiene pareja, su pareja también debe marcar lo que NO tiene y escribir sus iniciales en la línea. También deben firmar ambos la forma.

Cuentas Bancarias:

Por la presente certifico que no tengo ninguna cuenta bancaria (de ahorro o cheques). Por favor acepte esta carta como verificación de que no tengo una cuenta bancaria.

Iniciales del paciente: _____ Iniciales de la pareja (si aplica): _____

Impuestos:

Por la presente certifico que no declare mis impuestos de ingresos federales o estatales para el año _____. Por favor acepte esta carta como verificación de que no declaro impuestos.

Iniciales del paciente: _____ Iniciales de la pareja (si aplica): _____

Ingresos:

Por la presente certifico que estoy desempleado y no tengo ningún ingreso de trabajo, seguro social, discapacidad o cualquier otra forma de ingreso.

Iniciales del paciente: _____ Iniciales de la pareja (si aplica): _____

Doy fe de que toda la información financiera que he reportado aquí es verdadera, entiendo que proporcionar cualquier información falsa o fraudulenta puede resultar en el rechazo de la solicitud y/o en mi eliminación del programa.

Firma del Paciente: _____ Firma de la Pareja: _____

CONSENTIMIENTO ACTUALIZADO DEL PROGRAMA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud es cierto a mi leal saber y entender. Entiendo que debo completar esta solicitud de renovación por completo y presentar cualquier documentación complementaria requerida para completar mi solicitud de renovación antes de que se pueda emitir una decisión de renovación. Autorizo a Greater Birmingham Project Access (GBPA) a usar y divulgar mi información de salud protegida a cualquier persona involucrada en mi atención, incluidos, entre otros: médicos, clínicas y compañías farmacéuticas. Si se aprueba la renovación, acepto continuar cumpliendo con las políticas y procedimientos del programa GBPA. También acepto informar cualquier cambio en mi estado financiero y/o de seguro a GBPA de inmediato.

Applicant's signature: _____

Date: _____

Please submit your completed application and supplemental documents to Project Access:

Email: alprojectaccess@ascension.org

Fax: 205-838-6294

If you have any questions, please call us at 205-202-1598