# Aplicación de Renovación para Project Access

PA/AA #:_____

## Información del Paciente:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apellido: | Nombre: | | |
| Fecha de nacimiento: | Número de seguro social/ITIN: | | |
| Domicilio: | | | Apartamento #: |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: | Condado: |
| Numero Celular: | Correo electrónico: | | |

## Contacto de Emergencia:

| | |
|---|---|
| Nombre Completo: | Relación con el Paciente: |
| Domicilio: | Numero Celular: |

## Dependientes/Información del hogar: (Por favor incluye todas las personas que viven con usted)

| Nombre: | Fecha de nacimiento: | Relación con el Paciente: |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## Información Financiera:

| **Paciente:** ▢ No trabajo | **Pareja:** ▢ No trabajo |
|---|---|
| Empleador/Fuente de Ingresos: | Empleador/Fuente de Ingresos: |
| ¿Su empleador ofrece seguro médico? SI o NO | ¿Su empleador ofrece seguro médico? SI o NO |
| ¿Cuántas horas trabaja por semana? | ¿Cuántas horas trabaja por semana? |
| Ingresos: | Ingresos: |

¿Si no está trabajando actualmente quien le apoya?: Relación con el Paciente:

## Información Médico:

¿Usted tiene seguro médico? SI o NO ¿Recibe discapacidad o SSI? SI o NO

¿Tienes alguna cita próxima con alguna especialidad en STV o la Universidad de Alabama en Birmingham??

¿Tiene un Médico de Cabecera(PCP)? SI OR No Nombre del Médico de Cabecera?:

## 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:** *(Si usted y/o su pareja tiene numero de seguro social o Tax ID DEBE enviar una copia de sus impuestos más recientes o comprobante de no haber hecho impuestos del IRS)*
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 aceptó informar cualquier cambio en mi estado financiero y/o de seguro a GBPA de inmediato.

**Firma de Paciente:_____ Fecha: _____**

Envíe su aplicación completa y los documentos complementarios a Project Access:
Correo Electronico: alprojectaccess@ascension.org
Fax: 205-838-6294
Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos a 205-202-1598