



Información y Aplicación

La meta del Programa Piloto CareNet de Toledo/Condado de Lucas, es de coordinar el servicio de cuidado de salud primario y de hospital, a bajo costo para residentes de pocos ingresos del Condado de Lucas, que no tienen seguro médico y no califican por los programas del gobierno para el cuidado de salud. (**No todos los servicios de salud son parte del programa.**)

Beneficios de Hacerse un Miembro

- Visitas al Doctor, incluso por enfermedades, son proveídas a bajo costo basado en los ingresos de su hogar.
- Enfoque en cuidado de embarazo (miembros pueden ser reevaluados por elegibilidad para otros programas de asistencia).
- Enfoque en servicios de hospital (miembros pueden ser reevaluados por elegibilidad para otros programas de asistencia).
- Servicios adicionales disponibles dependiendo en el local del cuidado primario.
- Transportación de autobús TARTA, a citas con doctores, gratis (hasta 8 viajes de ida y vuelta cada año).

Usted puede hacerse miembro si conforma con todas las siguientes condiciones:

- Usted coopera con el proceso de aplicación de CareNet.
- Usted ha sido un residente del Condado de Lucas, por lo menos por 6 meses.
- Usted no es elegible por ninguno de los programas del gobierno para cuidado de salud.
- Usted no es elegible por, o no tiene, ninguna otra forma de cobertura de seguro médico.
- El tamaño de su hogar e ingreso anual cae entre los siguientes rangos:
 - Hogar de 1 persona, ingreso menos de \$24,280
 - Hogar de 2 personas, ingreso menos de \$32,920
 - Hogar de 3 personas, ingreso menos de \$41,560
 - Hogar de 4 personas, ingreso menos de \$50,200
 - Hogar de 5 personas, ingreso menos de \$58,840

Para aplicar

Llene lo mas que pueda de la Solicitud por Asistencia Financiera para Cuidado de Salud (adjunta), y provee una copia de talones de cheques de pago u otro comprobante de ingreso por el año pasado.

1. Seleccione su proveedor de cuidado de salud de la lista que sigue en la próxima pagina.
2. Contacte el sitio local de matriculación, para el proveedor de cuidado de salud que seleccione, y haga una cita para ir, durante las horas disponibles, para juntarse con un miembro del personal de matriculación para determinar su elegibilidad para ser miembro de CareNet.
3. Tan pronto usted es considerado elegible, usted será matriculado.

Traiga consigo lo siguiente para matricularse:

- Aplicación completada.
- Verificación de ingreso, tal como talones de cheques de pago, W-2's, comprobantes de auto empleo, carta otorgándole honorarios, estados de cuenta bancarios o cualquier otro documento que contenga información de ingreso.
- Comprobante de residencia, tal como una licencia de conducir.

CARENET NO ES UN PRODUCTO DE SEGURO DE SALUD*CARENET SOLO ES VALIDO EN LOCALES PARTICIPANTES*PROGRAMA PILOTO-SUJETO A CAMBIOS

Toledo/Condado de Lucas CareNet Proveedores de Cuidado de Salud Primario, Servicios, Horarios, Información de Matriculación

Proveedores de Cuidado de Salud	Servicios	Día de la Semana / Horarios	Sitio de Matriculación
Cordelia Martín Centro Comunitario de Salud 430 Nebraska Avenue (detrás de Samuel M. Jones en Colegio de Parque de Gunckel) Toledo, OH 43604 (419) 255-7883	Cuidado Primario Adulto, Obstétrica Dental, ext. 8 Cita, ext. 3 WIC, ext. 5 Farmacia, ext. 1	8:30 AM - 5:00 PM Lunes–Viernes Farmacia: Primer y Tercer Sábado del Mes 10:00 AM – 2:00 PM	Cordelia Martín 430 Nebraska Avenue (detrás de Samuel M. Jones en Colegio de Parque de Gunckel) (nueva dirección efectiva 09-24-07) (419) 255-7883
Nexus Health Care 1415 Jefferson Ave Toledo, Ohio 43604 419-214-5700	Cuidado Primario Adulto, Obstétrica Cita, ext. 1 WIC, ext. 2 Servicio Social, ext. 5	8:30 AM - 5:00 PM Lunes - Viernes	
Southside Centro Comunitario de Salud 732 South Avenue Toledo, OH 43609 (419) 241-6106	Cuidado Primario Adulto Cita, ext. 1 Información, ext. 2 Medicina, ext. 3 Servicio Social, ext. 5	8:30 AM - 5:00 PM Lunes, Miércoles y Jueves	
Holland Health Care 225 S. Irwin Road Holland, Ohio 43528 567-703-8985	<hr/>	8:30 AM - 5:00 PM Lunes - Viernes	
NHA Pediatrics 1 Aurora Gonzalez Dr. Toledo, OH 43609 (419) 241-4230	Pediatría Cita, ext. 1 WIC, ext. 2 Asistente Social, ext. 3	8:30 AM - 5:00 PM Lunes - Viernes	
Parque Navarre Clínica 1020 Varland Toledo, OH 43605 (419) 696-1515 Práctica Familiar (419) 696-1520 Obstétrica	Práctica Familiar y Obstétrica	9:00 AM – 5:00 PM Lunes-Viernes 9:00 AM – 8:00 PM Miércoles (Obstétrica Solamente)	
Compassion Health Toledo 1638 Broadway Toledo, Ohio 43609 567-661-0565		9 AM - 4PM Lunes–Viernes Caminata limitada disponible	Se aceptan la mayoría de los seguros, los honorarios se ajustan según la capacidad de pago

SUJETO A CAMBIOS

Toledo/Condado de Lucas CareNet Proveedores de Cuidado de Salud Primario, Servicios, Horarios, Inf ormacion de Matriculación

Proveedores de Cuidado de Salud	Servicios	Día de la Semana / Horarios	Sitio de Matriculación
Departamento de Salud Clínica del Centro 635 N. Erie Street Toledo, OH 43624 (419) 213-4100	Cuidado Primario Pediátrico	Lunes-Miércoles y Viernes	Departamento de Salud Clínica del Centro 635 N. Erie Street (419) 213-4100
	Cuidado Primario Adulto	8:00 AM – 12:00 PM. Lunes-Viernes	
	Obstétrica / Pre-Natal	8:00 AM – 4:45 PM. Jueves	
Clínica del Oeste del Condado de Lucas 330 Oak Terrace Blvd. Holland, OH 43528 (419) 213-6255	Obstétrica Pre-Natal	8:00 AM – 4:45 PM Martes	Clínica del Oeste del Condado de Lucas 330 Oak Terrace Blvd. (419) 213-6255
	Práctica Familiar	8:00 AM – 4:45 PM, Lunes-Miércoles y Viernes	
El Centro por Servicios de Salud 2150 West Central Ave. Toledo, OH 43606 (419) 291-2200	Cuidado Primario Pediátrico Cuidado Primario Adulto Obstétrica / Pre-Natal Ginecología / Clínicas especializadas	8:00 AM –4:30 PM Lunes-Viernes	El Centro por Servicios de Salud 2150 West Central Ave. (419) 291-2200

SUJETO A CAMBIOS

Toledo/Condado de Lucas CareNet Proveedores de Cuidado de Salud Primario, Servicios, Horarios, Inf ormacion de Matriculación

Proveedores de Cuidado de Salud	Servicios	Día de la Semana / Horarios	Sitio de Matriculación
Mercy Práctica Familiar 2200 Jefferson Avenue Toledo, OH 43624 (419) 251-1400	Práctica Familiar	9:00 AM – 5:00 PM Lunes-Viernes	Mercy Centro de Cuidado de Salud 2200 Jefferson Avenue Toledo, OH 43624 Llame al (419) 251-4000 para una cita.
Centro de Cuidado Familiar 2213 Franklin Avenue Toledo, OH 43620 (419) 251-2360	Cuidado Adulto Primario	9:00 AM – 5:00 PM Lunes-Viernes	
Navarre Familiar Medico 2702 Navarre Avenue, #206 Oregon, OH 43616 (419) 696-6000	Práctica Familiar	9:00 AM – 12:00 PM Lunes-Martes-Jueves-Viernes 1:00 PM – 5:00 PM Miércoles	

SUJETO A CAMBIOS

Solicitud Para Asistencia Financiera

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Caret # _____	% of Co-Pay _____	H-Cap _____	Medical Home _____
Charity _____	Start Date _____	End Date _____	

Nombre de Paciente _____
Nombre de Solicitante (si no es el paciente) _____
de Seguro Social de Paciente _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento de Paciente _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____
Zona Postal _____ # de Telefono _____ # Alternativo _____
Nombre de Esposa/o _____
Fecha de Nacimiento de Esposa/o _____ # de Seguro Social de Esposa/o _____ - _____ - _____

Ha Sido residente del Condado de Lucas los ultimos 6 meses? _____ Si _____ No
 Ciudadano de los Estados Unidos? _____ Si _____ No
 Nombre de Medico Premario _____

Nombre de Medico Premario de Esposa/o _____

Estado Civil:	_____ Casada/o	_____ Soltera/o	_____ Divorciada/o	_____ Separada/o
	_____ Viuda/o			
Genero:	_____ Masculino	_____ Femenino	Si Femenino y mas de 40 anos esta registrada	
Con BCCP?	_____ Si	_____ No		
Es Veterana/o:	_____ Si	_____ No	Recibe Beneficios de Veterana/o:	_____ Si _____ No

Opcional:

Etnia:	Hispano/Latino	_____ Si	_____ No	Nativo de Alaska	_____ Si	_____ No
	Indio Americano	_____ Si	_____ No	Asiatico	_____ Si	_____ No
	Islero Pacifico	_____ Si	_____ No	Negro	_____ Si	_____ No
	Blanco	_____ Si	_____ No	Otro	_____	
Lengua Materna:	Ingles	_____	Espanol	_____	Otro	_____

Favor de proveer la siguiente informacion para TODOS los miembros de su familia inmediata que viven en su casa: * Si cero (0) ingreso es reportado, es necesario explicar como se mantiene el paciente: _____;

*Cantidad de personas en su familia: _____ Si necesita mas espacio use una pagina separada.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacion al Paciente	Adoptado, Natural, Hijastra/o	Presente Ingreso Mensual	Tipo de Ingreso	Ingreso Bruto 3 Meses Previos a Fecha de servicio	Ingreso Bruto 12 Meses previos a fecha de servicio
				\$		\$	\$
				\$		\$	\$
				\$		\$	\$
				\$		\$	\$
				\$		\$	\$

**Tipos de ingresos que incluir son: Salarios, Auto-Empleo, Seguro Social, Desempleo, Apoyo Infantil, Asistencia de Divorcio, Compensacion al Trabajador, Pension, Beneficios de Veterano, Asistencia Estatal, etc.

Favor de proveer verificacion de ingreso con esta solicitud. Verificaciones de ingresos pueden incluir: talon de cheque, W-2's, documentacion de auto-empleo, carta de honorarios, estado de cuenta bancaria o cualquier otra documentacion que contenga informacion de ingreso.

Favor de preveer presente empleadores:

Esta usted presentamente empleado? Si No

Nombre de Presente Empleador _____

de Telefono _____ Fecha de Comienzo _____

Todos los empleadores de Paciente 12 meses previos: Favor de indicar las fechas de comienzo y fecha final.

Nombre	Direccion	# de Telefono	Fecha de Comienzo	Fecha Final

Todos los empleadores de Esposa/o 12 meses previos: Favor de indicar las fechas de comienzo y fecha final.

Nombre	Direccion	# de Telefono	Fecha de Comienzo	Fecha Final

Alguna ves a solicitado por Seguro Medicaid o Asistencia para Incapacidad? Si No
Cuales fueron los resultados? _____ # de Cuenta _____

Tiene Seguro Medico (ademas de Medicaid)? Si No

Nombre: _____ # de Poliza _____ # de Grupo _____

Tiene usted o alguna ves a solicitado usted un reclamo de recompensacion de trabajador? Si Fecha _____ # de Reclamo _____

Problema Medico? _____

Todavía recibe beneficios? ____Si ____No

Tratamiento Medico: _____

Era Usted residente de Ohio en el momento en cual obtuvo servicios de hospital? ____Si ____No

Por Favor indique si cualquiera de las cuentas por pagar con nuestras facilidades son debidas a un Accidente de Vehiculo de Motores o debido a su responsabilidad (culpabilidad)? _____Si
____No Si la respuesta es si, por favor de completar lo siguiente.

Nombre de la Compania de Seguros: _____

Direccion: _____ # de Telefono _____

de Poliza _____ Nombre de Agente _____

Nombre de la persona responsable por el accidente: _____

Tiene usted bienes con valor en exceso de \$10,000.00, tal como cuentas de ahorros, cuentas de cheques, propiedades, acciones, bonos, 401K, IRA, CD's, etc.? ____Si ____No Si la respuesta es si, favor de indicar tipo de cuenta y cantidad: _____
_____.

Entiendo que cualquier asistencia financiera proveida puede ser reversada si es determinado que esta informacion no es correcta.

“Proveyendo informacion falsa para inducer a otra persona a extender credito y otorgar cualquier otro beneficio de valor puede ser una violacion delCodigo Estatuario de Ohio Revisado Seccion 2921.13. Por medio de mi firma que sigue, yo afirmo que la informacion en esta solicitud es verdad por lo mejor de mi conocimiento.

Firma de Paciente

Fecha

Firma de Esposa/o de Paciente

Fecha

Firma Miembro de Personal de Matriculacion

Fecha

He leído y entiendo la Nota de Practicas de intimidad: ____Si ____No