



Información y Aplicación

El objetivo del programa de Toledo / Lucas County CareNet es coordinar los servicios de atención médica primaria y de hospital, a bajo costo para los residentes de bajos ingresos del Condado de Lucas que no tienen seguro médico y no califican para los programas del gobierno para atención médica. **(No todos los servicios de atención médica son parte del programa).**

Beneficios para los Miembros

- Visitas al Doctor, incluso la atención preventiva y enfermedades, se brindan a bajo costo basado en los ingresos de su hogar.
- Atención en cuidado de embarazo (miembros pueden ser re-seleccionados para elegibilidad en otros programas de asistencia).
- Atención en servicios de hospital (miembros pueden ser re-seleccionados para ser elegibles en otros programas de asistencia).
- Servicios adicionales disponibles dependiendo del sitio de atención primaria.
- Transporte gratuito en autobús TARTA a citas con doctores (hasta 8 viajes de ida y vuelta por año).

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

- Usted coopera con el proceso de aplicación de CareNet.
- Usted ha sido residente del Condado de Lucas por lo menos, 6 meses.
- Usted no es elegible para ningún programa de salud del gobierno (Medicare, Medicaid, CHIP, beneficios de veteranos, etc.).
- Usted no es elegible para o no tiene ninguna otra forma de cobertura de seguro de salud.
- El tamaño de su hogar e ingreso anual (según lo reportado en su declaración de impuestos más reciente) se encuentran en el siguiente rango:
 - Hogar de 1 persona, ingreso menos de \$30,120
 - Hogar de 2 personas, ingreso menos de \$40,880
 - Hogar de 3 personas, ingreso menos de \$51,540
 - Hogar de 4 personas, ingreso menos de \$62,400
 - Hogar de 5 personas, ingreso menos de \$73,160
 - Hogar de 6 personas, ingreso menos de \$83,920

Para aplicar

Llene todo lo que pueda de la Solicitud de Asistencia Financiera para el Cuidado de Salud adjunta y recoja una copia de los documentos requeridos que se enumeran a continuación. Luego sigue estos pasos:

1. Elija su proveedor de atención médica de la lista que comienza en la página siguiente. Si ya tiene un médico de familia, verifique si él / ella está dispuesto a verlo como miembro de CareNet. Si es así, llame al 419-820-0161 para obtener instrucciones sobre cómo completar el proceso de inscripción.
2. Siga las instrucciones para inscribirse en la clínica que ha seleccionado. Cada clínica tiene su propio proceso de inscripción.
3. Tan pronto como usted sea considerado elegible, usted será inscrito.

Para inscribirse en CareNet, debe proporcionar los siguientes documentos:

- Solicitud de asistencia financiera de salud, completada.
- Verificación de ingresos: incluye: declaraciones de impuestos, talones de pago más recientes, W2, comprobantes de auto, empleo, carta de adjudicación, estados de cuenta bancarios u otros documentos que contengan información sobre ingresos. Por favor, no envíe los originales ya que **No Serán** devueltos.
- Comprobante de residencia, como licencia de conducir/ID identificación estatal o factura de servicios públicos.

Toledo/Condado de Lucas CareNet - Hogares Medicos

| Hogares Médicos | Servicios | Días y Horas | Información de clínica |
|--|--|---|---|
| Compassion Health Toledo 1638 Broadway Toledo, Ohio 43609 567-661-0565 | Práctica Familiar Salud de la Mujer Cuidado Prenatal Cuidado Pediátrico Vacunas infantiles | 8am - 4pm Lunes – Viernes Citas limitadas disponibles | Por favor llame a la clínica para instrucciones de inscripción. |

| Medical Home | Services | Days and Hours | Clinic Info |
|--|--|---|---|
| Community of Hope Free Health Clinic 306 Bush Street Toledo, Ohio 43604 419-214-3002 | Family Practice Pediatric Care Childhood Vaccines School/Sports Physicals | 5:30pm – 8:00pm Mon, Tues, & Thursday Limited walk-in appointments available. | Please call the clinic for enrollment instructions. |

| Hogares Médicos | Servicios | Días y Horas | Información de clínica |
|--|--|---|---|
| Family Medical Center of Michigan, Inc. 8765 Lewis Avenue Temperance, Mi. 48182 734-847-3802 (Médico) 734-850-6920 (Dental) | Cuidado Primario Dental Ginecólogo Salud Conductual | MÉDICO: 8am - 5pm Lunes, Martes, Viernes 8am – 8pm Miércoles y Jueves DENTAL: 8am – 5pm Lunes 8am – 6pm Martes - Viernes | Por favor llame a este lugar y pida una cita para un nuevo paciente. Por favor lleve su solicitud con la documentación requerida a esa cita y preséntela a la recepcionista. |

| Hogares Médicos | Servicios | Días y Horas | Información de clínica |
|---|--|---------------------------------|---|
| The Center for Health Services 2150 W. Central Avenue Toledo, Ohio 43606 419-291-2192 | Cuidado Primario Cuidado Primario Adultos Ginecólogo Prenatal | 8am – 4:30pm Lunes – Viernes | Por favor llame a este lugar y pida una cita para un nuevo paciente. Por favor lleve su solicitud con la documentación requerida a esa cita y preséntela a la recepcionista. |

| Hogares Médicos | Servicios | Días y Horas | Información de clínica |
|--|---|--|--|
| Mercy Family Practice 2200 Jefferson Avenue Toledo, Ohio 43604 419-251-1400 | Práctica Familiar | 9am -5pm Lunes – Viernes | Por favor, llame al lugar en que desea ser atendido y pida que programe una cita para un nuevo paciente. |
| Navarre Family Medical Associates 2702 Navarre Avenue Suite 206 Oregon, Ohio 43616 419-696-6000 | Práctica Familiar | 9am – 5pm Lunes, Martes, Jueves, y Viernes 1pm – 5pm Miércoles | <u>Antes de su primera cita médica, llame al 419-251-5966 para hacer una cita para inscribirse en CareNet.</u> |
| Family Care Center 2213 Franklin Avenue Toledo, Ohio 43620 419-251-2360 | Cuidado Primario Adultos | 9am -5pm Lunes – Viernes | |
| Mercy Lighthouse Way 7045 Lighthouse Way Perrysburg, Ohio 43551 419-873-6836 | Medicina Familiar Cuidado Prenatal Pediatria Ginecólogo Obstetricia Cuidado Primario Adultos Salud Conductual Vacunas Infantiles | 8am – 5pm Lunes, Martes, Miércoles, y Viernes 8am – 12pm Jueves | Por favor llame a este lugar y pida una cita para un nuevo paciente. Por favor lleve su solicitud con la documentación requerida a esa cita y preséntela a la recepcionista. |

| Hogares Médicos | Servicios | Días y Horas | Información de clínica |
|---|---|---|---|
| <p>Cordelia Martin Community Health Center & Daisy Smith Pediatrics 615 Division St. (Atrás de Jones Leadership Academy) Toledo, Ohio 43604 419-255-7883</p> | <p>Cuidado Primario Adultos Cuidado Dental Servicios Sociales</p> | <p>8am – 4:30pm Lunes – Viernes</p> | <p>Por favor, llame al lugar en la que desea ser atendido y pida que programe una cita para un paciente nuevo. Por favor, lleve su solicitud con la documentación requerida a esa cita y proporcionarla al trabajador social.</p> |
| <p>Nexus Health Care 1415 Jefferson Avenue Toledo, Ohio 43604 419-214-5700</p> | <p>Cuidado Primario Adultos Ginecólogo Cuidado Dental Farmacia Servicios Sociales</p> | <p>8am – 4:30pm Lunes – Viernes</p> | |
| <p>Southside Community Health Center 732 South Avenue Toledo, Ohio 43609 419-241-6106</p> | <p>Cuidado Primario Adultos Cuidado Primario Pediátrico Servicios Sociales</p> | <p>8am – 4:30pm Lunes, Martes, Miércoles, y Viernes (ADULTOS) 1pm – 4:30pm Martes y 8am – 11:45am Jueves (CUIDADO PRIMARIO PEDIÁTRICO)</p> | |
| <p>Holland Health Care 225 S. Irwin Road Holland, Ohio 43528 567-703-8985</p> | <p>Práctica Familiar (Adultos, Mujeres, Pediatría) Servicios Sociales</p> | <p>8am – 4:30pm Lunes – Viernes</p> | |
| <p>Navarre Park Clinic 1020 Varland Toledo, Ohio 43605 419-696-1515 (Práctica Familiar) 419-696-1520 (Obstetricia)</p> | <p>Práctica Familiar Obstetricia Pediatría</p> | <p>8am – 4:30pm Lunes – Viernes</p> | |

APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre De Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Estado Civil: _____ Teléfono: _____ # Alternativo: _____

OFFICE USE ONLY

CARENET #: _____

MEDICAL HOME: _____

% COPAY OR FLAT RATE: _____

PROPORCIONE INFORMACIÓN PARA TODAS LAS PERSONAS DE SU FAMILIA INMEDIATA QUE VIVEN EN SU HOGAR. LA FAMILIA INMEDIATA SE DEFINE COMO USTED, EL CÓNYUGE Y LOS HIJOS NATURALES O ADOPTADOS MENORES DE 18 AÑOS (NOTA: CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA NO SE CUENTA)

| NOMBRE | RELACION AL PACIENTE | FECHA DE NACIMIENTO | INGRESO BRUTO 3 MESES ANTES DE LA FECHA DE SERVICIO | INGRESO BRUTO 12 MESES ANTES DE FECHA DE SERVICIO | FUENTE DE NOMBRE DEL EMPLEADOR DE INGRESOS (ESTADO SI USTED ES UN ESTUDIANTE UNIVERSITARIO) |
|--------|----------------------|---------------------|---|---|---|
| | Usted | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

1. SI USTED REPORTA INGRESO TOTAL CERO, ¿COMO SE LE APOYA? _____
2. ¿HA SIDO RESIDENTE DEL CONDADO DE LUCAS / OHIO LOS ÚLTIMOS 6 MESES? _____
3. ¿HA SOLICITADO MEDICAID O CUALQUIER OTRA ASISTENCIA DEL CONDADO? NO SÍ (FECHA/RESULTADOS _____)
4. ¿TIENE SEGURO DE SALUD QUE NO SEA MEDICAID? NO SÍ
 *NOTA: PROPORCIONE COPIA DE LA TARJETA CON ESTA SOLICITUD ID/POLIZA # _____ GRUPO # _____
5. ¿ES USTED VETERANO DE LOS ESTADOS UNIDOS/ RECIBE BENEFICIOS DE VA? NO SÍ
6. ¿SE RELACIONABA LA FECHA DE SERVICIO CON UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? NO SÍ # POLIZA _____
 NOMBRE/RECLAMACIÓN # _____
7. ¿ALGUIEN EN SU CASA TIENE UNA CUENTA DE CHEQUES O AHORROS? NO SÍ (VALOR) _____
8. ¿ALGUIEN EN SU CASA TIENE OTROS ACTIVOS? NO SÍ (TIPO/VALOR) _____
 *NOTA: LOS ACTIVOS SE DEFINEN COMO ACCIONES, BONOS, CD'S, 401K, IRA'S Y OTROS
9. ¿TIENE O ALQUILA SU CASA? PROPIO RENTA OTROS (_____)

Updated 1/2024

10. IDIOMA PRIMARIA? INGLÉS ESPAÑOL OTRO _____
11. ORIGEN ETNICO (OPCIONAL) HISPANO LATINO
12. RAZA (OPCIONAL) NATIVO DE ALASKA INDIO AMERICANO ASIÁTICO ISLEÑO PACIFICO NEGRO BLANCO OTRO ___
13. GÉNERO MASCULINO FEMENINO OTRO _____
14. ¿QUIÉN ES SU MÉDICO PRINCIPAL / CLINICA PRINCIPAL? _____

CERTIFICACION: AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, AFIRMO QUE LAS RESPUESTAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS. ENTIENDO QUE CUALQUIER ASISTENCIA FINANCIERA PROPORCIONADA PUEDE SER REVERTIDA SI SE DETERMINA QUE ESTA INFORMACION NO ES CORRECTA. **"PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA PARA INDUCIR A OTRO A EXTENDER EL CRÉDITO O OTORGAR CUALQUIER OTRO BENEFICIO VALIOSO PUEDE SER UNA VIOLACIÓN DE LA SECCIÓN 2921.13 DEL CÓDIGO REVISADO DE OHIO"**

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE: _____ RELACIÓN: _____ FECHA: _____ (SI NO ES EL PACIENTE)