



Información y Aplicación

El objetivo del programa 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 de Hacerse Miembro

- 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 \$31,920
 - Hogar de 2 personas, ingreso menos de \$43,280
 - Hogar de 3 personas, ingreso menos de \$54,640
 - Hogar de 4 personas, ingreso menos de \$66,000
 - Hogar de 5 personas, ingreso menos de \$77,360

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 419-842-0800 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.

*** CareNet NO ES SEGURO DE SALUD * Carenet solo es válido en las localidades participantes * Sujeto a cambios**

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.

Hogares Médicos En Toledo / Condado de Lucas CareNet

| 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 Sin cita- Hay citas limitadas disponibles | Por favor llame a la clínica para instrucciones de inscripción. |

| 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 419-291-8542 | Cuidado Primario Pediatría 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 |

* CareNet NO ES SEGURO DE SALUD * Carenet solo es válido en las localidades participantes * Sujeto a cambios

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| | | | preséntela a la recepcionista. |
|--|--|--|--------------------------------|

| Hogares Médicos | Servicios | Días y Horas | Información de clínica |
|---|---|--|--|
| East Toledo Community Health Center 2020 Starr Avenue Toledo, Ohio 43605 567-218-1900 | Pediatría Cuidado Primario Adultos Salud de la Mujer Manejo de Enfermedades Crónicas Farmacia Clínica Vacunas Infantiles Salud Conductual Tratamiento de Abuso de Sustancias | 8am – 4:30pm Lunes – Viernes Citas sin cita son disponibles. | 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 | |

| Hogares Médicos | Servicios | Días y Horas | Información de clínica |
|---|--|---------------------------------|---|
| Cordelia Martin Community Health Center & Daisy Smith Pediatrics 615 Division St. (Atrás de Jones Leadership Academy) | Cuidado Primario Adultos Cuidado Dental Servicios Sociales | 8am – 4:30pm Lunes – Viernes | Por favor, llame al lugar en la que desea ser atendido y pida que programe una cita para un paciente nuevo. Por |

* CareNet NO ES SEGURO DE SALUD * Carenet solo es válido en las localidades participantes * Sujeto a cambios

| | | | |
|--|--|---|--|
| Toledo, Ohio 43604 419-255-7883 | | | favor, lleve su solicitud con la documentación requerida a esa cita y proporcionarla al trabajador social. |
| Nexus Health Care 1415 Jefferson Avenue Toledo, Ohio 43604 419-214-5700 | Cuidado Primario Adultos Ginecólogo Cuidado Dental Farmacia Servicios Sociales | 8am – 4:30pm Lunes – Viernes | |
| Southside Community Health Center 732 South Avenue Toledo, Ohio 43609 419-241-6106 | Cuidado Primario Adultos Cuidado Primario Pediátrico Servicios Sociales | 8am – 4:30pm Lunes, Martes, Miércoles, y Viernes (ADULTOS) 1pm – 4:30pm Martes y 8am – 11:45am Jueves (CUIDADO PRIMARIO PEDIÁTRICO) | |
| Holland Health Care 225 S. Irwin Road Holland, Ohio 43528 567-703-8985 | Práctica Familiar (Adultos, Mujeres, Pediatría) Servicios Sociales | 8am – 4:30pm Lunes – Viernes | |
| Navarre Park Clinic 1020 Varland Toledo, Ohio 43605 419-696-1515 (Práctica Familiar) 419-696-1520 (Obstetricia) | Práctica Familiar Obstetricia Pediatría | 8am – 4:30pm Lunes – Viernes | |

* CareNet NO ES SEGURO DE SALUD * Carenet solo es válido en las localidades participantes * Sujeto a cambios

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

USO DE OFICINA SOLAMENTE

CareNet # _____ % of Co-Pago _____ H-Cap _____ Hogar Médicos _____
 Caridad _____ Fecha de Inicio _____ Fecha Final _____

Nombre de Paciente: _____ Nombre de Solicitante: _____
 (si no es el paciente)
 # de Seguro Social de Paciente _____
 Fecha de Nacimiento de Paciente _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 # de Teléfono _____ # Alternativo _____
 Nombre de Esposa/o _____
 Fecha de Nacimiento Esposa/o _____
 # de Seguro Social de Esposa/o _____

¿Ha sido residente del Condado de Lucas los últimos 6 meses? Sí No

Nombre de Medico Primario del Paciente: _____

Nombre de Clínica: _____

Estado Civil: Casada/o Soltera/o Divorciada/o Separada/o Viuda/o
Género Masculino Femenino Si Femenino y más de 40 años está registrada con BCCP? Sí No
 ¿Es usted veterano de los Estados Unidos?: Si No
 Recibe usted beneficios de VA: Si No

Opcional:

Etnia: Hispano o Latino? Si No
Raza: Nativo de Alaska Indio Americano Asiático Isleño Pacifico
 Negro Blanco Otro _____
Lengua Materna: Inglés Español Otro _____

Proporcione información para TODAS las personas de su familia inmediata que viven en su hogar

* Si se reporta cero (0) ingresos, explique cómo el paciente se mantiene a sí mismo: _____

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

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación al Paciente | Adoptado, Natural, Hijastra/o | Presente Ingreso Mensual | Tipo de Ingreso** | Ingreso Bruto 3 Meses Antes de la Fecha de Servicio | Ingreso Bruto 12 Meses antes de Fecha de Servicio |
|--------|---------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------|---|---|
| | | | | \$ | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | | \$ | \$ |

**Tipo de ingresos: salarios, trabajo por cuenta propia, seguro social, desempleo, pensión alimenticia, pensión conyugal, compensación de trabajadores, pensión, beneficios de VA, OWB, etc.

Todos los empleadores anteriores del paciente en los últimos 12 meses (Favor indique las fechas de inicio y finalización):

Todos los empleadores del cónyuge en los últimos 12 meses (Favor indique las fechas de inicio y finalización):

- 2) ¿Ha solicitado Medicaid o asistencia para discapacitados? Si No...Si Marcó Sí,
 ¿Cuáles fueron los resultados? _____ # de Cuenta _____
- 3) ¿Tiene seguro médico (que no sea Medicaid)? Si No..... Si Marcó Sí,
 Nombre de Seguro _____ # de Póliza _____ # de Grupo _____
- 4) ¿Usted ahora, o ha tenido en el pasado, un reclamo de compensación de trabajo? Si No Si Marcó Sí,
 Fecha _____ # de Reclamo _____ Problema Medico _____
- ¿Todavía recibe beneficios? Si No Tratamiento Médico _____

5) ¿Era usted residente de Ohio en el momento cual tuvo servicios de hospital? Si No

6) Por favor, indique si alguna de las cuentas médicas pendientes con nuestras facilidades son debidas a un Accidente de Vehículo de Motor o debido a su la responsabilidad. Si No.....Si Marcó Sí, favor de completar lo siguiente:
 Nombre del Seguro de Auto : _____
 Direccion: _____
 # de Póliza _____
 Hombre de Agente/# de Teléfono _____
 Nombre de la persona responsable por el accidente _____

7) ¿Tiene activos de más de \$ 10,000 como ahorros, cheques, equidad de vivienda, acciones, bonos, 401, IRA, CD'S, etc.?
 Si No Si Marcó Sí, Indique el tipo y cantidad

Entiendo que cualquier asistencia financiera puede revertirse si se determina que esta información no es correcta.
"Proporcionar información falsa para inducir a otra persona a extender crédito y otorgar cualquier otro beneficio valioso puede ser una violación de la Sección 2921.13 del Código Revisado de Ohio".
 Por mi firma a continuación, afirmo que la información de esta aplicación es verdadera a lo mejor de mi conocimiento..

 Firma del Paciente Fecha Firma de Esposa/o de Paciente Fecha

 Firma del Miembro de Personal de Matriculación Fecha

USO DE OFICINA SOLAMENTE

 Número de confirmación de solicitud de Medicaid Fecha de Aplicación de Medicaid

* CareNet NO ES SEGURO DE SALUD * Carenet solo es válido en las localidades participantes * Sujeto a cambios