



## 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 \$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
  - Hogar de 6 personas, ingreso menos de \$88,720

### **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
<b>Compassion Health Toledo</b> 1638 Broadway Toledo, Ohio 43609 567-661-0565	Práctica Familiar Salud de la Mujer Cuidado Prenatal Cuidado Pediátrico Vacunas infantiles	L: 7:30am - 4:30pm M: 7:30am - 5:30pm X: 7:30am - 4:30pm J: 7:30am - 5:30pm V: 7:30am - 12pm (mediodía) Citas limitadas disponibles	Por favor llame a la clínica para instrucciones de inscripción.
<b>Compassion Health Toledo</b> 1055 Dorr St. Toledo, Ohio 43607 567-661-0565	Práctica Familiar Salud de la Mujer Cuidado Prenatal Cuidado Pediátrico Vacunas infantiles	L: 7:30am - 4:30pm M: 7:30am - 5:30pm X: 7:30am - 4:30pm J: 7:30am - 5:30pm V: 7:30am - 12pm (mediodía) Citas limitadas disponibles	Por favor llame a la clínica para instrucciones de inscripción.

Hogares Médicos	Servicios	Días y Horas	Información de clínica
<b>Community of Hope Free Health Clinic</b> 306 Bush Street Toledo, Ohio 43604 <b>419-214-3002</b>	Cuidado Primario Pediatría Cuidado Primario Adultos Salud de la Mujer Endocrinología Fisico Escolar/Deportivo	5:30pm – 8:00pm Lunes, Martes, y Jueves  Citas limitadas disponibles	Por favor llame a la clínica para instrucciones de inscripción.

Hogares Médicos	Servicios	Días y Horas	Información de clínica
<b>Halim Clinic</b> 4271 Monroe St. Toledo, Ohio 43606	Cuidado Primario Cuidado Dental	Médico: Miércoles 5pm – 9pm 9am – 1pm	Por favor llame este sitio y solicite una cita para un paciente nuevo. Por favor lleve su aplicación a esa cita con los documentos requeridos y proporcionarlo a la recepcionista.

Hogares Médicos	Servicios	Días y Horas	Información de clínica
<b>The Center for Health Services</b> 2150 W. Central Avenue Toledo, Ohio 43606 419-291-2192	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 preséntela a la recepcionista.

Hogares Médicos	Servicios	Días y Horas	Información de clínica
<b>Mercy Family Practice</b> 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.
<b>Navarre Family Medical Associates</b> 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>
<b>Family Care Center</b> 2213 Franklin Avenue Toledo, Ohio 43620 419-251-2360	Cuidado Primario Adultos	9am -5pm Lunes – Viernes	
<b>Mercy Lighthouse Way</b> 7045 Lighthouse Way Perrysburg, Ohio 43551 419-873-6836	Medicina Familiar Cuidado Prenatal Pediatría 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
<b>Cordelia Martin Community Health Center &amp; Daisy Smith Pediatrics</b> 615 Division St. (Atrás de Jones Leadership Academy) Toledo, Ohio 43604 419-255-7883	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 favor, lleve su solicitud con la documentación requerida a esa cita y proporcionarla al trabajador social.
<b>Nexus Health Care</b> 1415 Jefferson Avenue Toledo, Ohio 43604 419-214-5700	Cuidado Primario Adultos Ginecólogo Cuidado Dental Farmacia Servicios Sociales	8am – 4:30pm Lunes – Viernes	
<b>Southside Community Health Center</b> 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 <b>(ADULTOS)</b>  1pm – 4:30pm Martes y 8am – 11:45am Jueves <b>(CUIDADO PRIMARIO PEDIÁTRICO)</b>	
<b>Holland Health Care</b> 225 S. Irwin Road Holland, Ohio 43528 567-703-8985	Práctica Familiar (Adultos, Mujeres, Pediatría) Servicios Sociales	8am – 4:30pm Lunes – Viernes	
<b>Navarre Park Clinic</b> 1020 Varland Toledo, Ohio 43605 419-696-1515 (Práctica Familiar) 419-696-1520 (Obstetricia)	Práctica Familiar Obstetricia Pediatría	8am – 4:30pm Lunes – Viernes	
<b>Aurora Senior Health Clinic</b> One Aurora Gonzalez Dr. Toledo OH, 43609	Salud de las personas mayores	8am – 4:30pm Lunes – Viernes	
<b>Unison - Starr</b> 1425 Starr Ave. Toledo OH 43605	Cuidado Primario Adultos	8am – 4:30pm Lunes – Viernes	
<b>Unison - Woodruff</b> 544 E. Woodruff St. Toledo Oh 43604	Cuidado Primario Adultos	8am – 4:30pm Lunes – Viernes	

**APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA - Fax to 888-393-9235**

<p><b>OFFICE USE ONLY</b></p> <p>CARENET #: _____</p> <p>MEDICAL HOME: _____</p> <p>% COPAY OR FLAT RATE: _____</p>
---

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ # Alternativo: \_\_\_\_\_

**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)
	<b>Usted</b>				

- SI USTED REPORTA INGRESO TOTAL CERO, ¿COMO SE LE APOYA? \_\_\_\_\_
- ¿HA SIDO RESIDENTE DEL CONDADO DE LUCAS / OHIO LOS ÚLTIMOS 6 MESES? \_\_\_\_\_
- ¿HA SOLICITADO MEDICAID O CUALQUIER OTRA ASISTENCIA DEL CONDADO?  NO  SÍ (FECHA/RESULTADOS \_\_\_\_\_)
- ¿TIENE SEGURO DE SALUD QUE NO SEA MEDICAID?  NO  SÍ

\*NOTA: PROPORCIONE COPIA DE LA TARJETA CON ESTA SOLICITUD ID/POLIZA # \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_

- ¿ES USTED VETERANO DE LOS ESTADOS UNIDOS/ RECIBE BENEFICIOS DE VA?  NO  SÍ
- ¿SE RELACIONABA LA FECHA DE SERVICIO CON UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO?  NO  SÍ # POLIZA \_\_\_\_\_  
NOMBRE/RECLAMACIÓN # \_\_\_\_\_
- ¿ALGUIEN EN SU CASA TIENE UNA CUENTA DE CHEQUES O AHORROS?  NO  SÍ (VALOR) \_\_\_\_\_
- ¿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

- ¿TIENE O ALQUILA SU CASA?  PROPIO  RENTA  OTROS (\_\_\_\_\_)
- IDIOMA PRIMARIA?  INGLÉS  ESPAÑOL  OTRO \_\_\_\_\_
- ORIGEN ETNICO (OPCIONAL)  HISPANO  LATINO
- RAZA (OPCIONAL)  NATIVO DE ALASKA  INDIO AMERICANO  ASIÁTICO  ISLEÑO PACIFICO  NEGRO  BLANCO  OTRO \_\_\_\_\_
- GÉNERO  MASCULINO  FEMENINO  OTRO \_\_\_\_\_
- ¿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)