



**Solicitud para el Plan de Acceso a la Atención Primaria /
 Plan de Acceso a la Salud Conductual**

Junio de 2024

Los fondos estatales de la Oficina de Salud Rural del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte le proporcionan el Primary Care Access Plan (PCAP) (Plan de Acceso a la Atención Primaria, PCAP) y el Behavioral Health Access Plan (BHAP) (Plan de Acceso a la Salud Conductual, BHAP). Los planes de acceso cubrirán muchos servicios médicamente necesarios prestados por su consultorio médico. Puede solicitar una lista completa de servicios. Si cumplen los requisitos, los participantes inscritos tienen cobertura durante un año a partir de la fecha de aprobación o hasta que se produzca un cambio en su situación económica o de seguro. Los participantes deben volver a certificarse para este programa de forma anual e informar al consultorio de cualquier cambio en su situación económica o de seguro.

*** Los pacientes podrían recibir una consulta de PCAP/BHAP gratuita sin aprobación. Para consultas adicionales, se requiere aprobación. ***

El paciente debe completar todas las secciones siguientes. El Centro de Salud Rural Designado por el Estado (SDRHC, en inglés) podría proporcionarle ayuda para completar la solicitud.

Información del solicitante

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
---------------	----------------------------	----------

Dirección actual:

Dirección / Apartado de correos	Ciudad	Código postal
---------------------------------	--------	---------------

Teléfono o número donde se puede localizar al solicitante durante el día _____

Fecha de nacimiento (_ / _____ / ____)

N.º de seguro social (si corresponde) _____

Estado del solicitante: (marque el estado)

Soltero Casado Viudo Divorciado Separado

Raza: (marque todas las opciones que correspondan)

Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Afroamericano

Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Blanco Prefiere no informar

Origen étnico: (marque sí o no) Hispano/latino *Sí* *No*

Idioma de preferencia: (marque o mencione uno) Inglés Español Otro _____



**Solicitud para el Plan de Acceso a la Atención Primaria /
 Plan de Acceso a la Salud Conductual**

Junio de 2024

**** Complete la siguiente tabla e incluya la información del individuo y/o miembros de la familia que solicitan.**

Tamaño de la familia:

- * Usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años, incluidos los hijastros
- Cualquier otra persona que figure en la misma declaración federal de impuestos (incluidos los hijos mayores de 21 años que aparezcan en la declaración de impuestos de uno de los padres). No necesita declarar impuestos para obtener cobertura médica.

No incluya los siguientes:

- Sus padres que viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si usted tiene más de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos
- Si alguien de su familia está embarazada, no incluya al niño por nacer en el tamaño de su familia en esta página

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>¿Esta persona es paciente?</u>	*FOR OFFICE USE* Is this individual eligible for the PCAP/BHAP Program?

INGRESOS FAMILIARES: enumere los ingresos obtenidos por usted y/o cualquier otra persona que contribuya a su hogar. Los ingresos incluyen sueldos, propinas y salarios percibidos. Adjunte cualquier documento de respaldo. Escriba 0 si no corresponde.

Cálculo del importe bruto: si usted o alguien de su familia recibe beneficios o deducciones, use el importe de los ingresos indicado ANTES de que las deducciones o prestaciones se descuenten del salario.

Nombres de los miembros de la familia	Edad	¿Con qué frecuencia le pagan? Mensual, semanal, etc.	<u>Importe bruto</u> (antes de impuestos o deducciones)
		TOTAL	0



**Solicitud para el Plan de Acceso a la Atención Primaria /
 Plan de Acceso a la Salud Conductual**

Junio de 2024

BENEFICIOS FAMILIARES: ingresos como el seguro social, beneficios por desempleo, beneficios por jubilación, manutención de los hijos, incapacidad privada o patrocinada por el empleador, etc. Proporcione copias de cualquier talón de pago, cartas de adjudicación u otra prueba de estos ingresos. *Escriba 0 si el paciente no tiene ningún beneficio.*

Nombre del familiar que recibe	Indique de dónde proceden los ingresos (es decir, manutención de los hijos, seguro social, desempleo, etc.)	¿Con qué frecuencia se recibe? Mensual, semanal, etc.	Importe bruto
		TOTAL	0

Nombre del familiar que paga	Mencione la deducción Tipo (es decir, manutención de los hijos, pensión alimenticia, etc.)	¿Con qué frecuencia paga el familiar?	Monto
		TOTAL	0

DEDUCCIONES: las deducciones incluidas deben mantener o pagar por un dependiente. El consultorio podría solicitar una prueba de recursos a través de documentación, pero la Oficina de Salud Rural de Carolina del Norte (NC ORH, en inglés) no la requiere. *Escriba 0 si no dispone de recursos.*

INGRESOS BRUTOS TOTALES	0
DEDUCCIONES TOTALES	0
TOTAL GENERAL	0

¿Qué se incluye en los cálculos anteriores?

- **Ingresos brutos totales = ingresos totales + beneficios totales**
- **Deducciones totales = deducciones totales (si se proporcionan)**
- **Total general = ingresos brutos totales - deducciones totales (si se proporcionan)**



**Solicitud para el Plan de Acceso a la Atención Primaria /
 Plan de Acceso a la Salud Conductual**

Junio de 2024

Comentarios / información adicional: use esta sección para detallar o proporcionar una explicación de todo aquello que no haya podido incluirse en la solicitud anterior.

Reconocimiento del solicitante

- He leído o me han leído todas las partes de esta solicitud y entiendo mis derechos y responsabilidades como solicitante/receptor. Los Derechos y responsabilidades se encuentran en la última página de esta solicitud.
- Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para establecer mi elegibilidad. Esta divulgación es válida durante un año a partir de la fecha de esta solicitud.
- Esta autorización para divulgar información podría reproducirse.
- Toda la información que doy es confidencial.
- Doy fe de que todas las declaraciones consignadas en este documento son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____

Firma del proveedor de selección que completa el formulario _____ **Título** _____

Nombre en letra de imprenta / escrito del proveedor de selección que completa el formulario _____



**Solicitud para el Plan de Acceso a la Atención Primaria /
 Plan de Acceso a la Salud Conductual**

Junio de 2024

"Sus derechos y responsabilidades"

Derechos:

- Solicitar ayuda y, si no cumple los requisitos, poder volver a solicitarla en cualquier momento.
- No ser discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad o discapacidad.
- Que la información que proporcione se mantenga confidencial.
- Solicitar ayuda para el transporte médico, si cumple los requisitos del Programa del Plan de Acceso a la Atención Primaria / Plan de Acceso a la Salud Conductual. Si se proporciona transporte, será al proveedor médico apropiado más cercano de su elección, por el método menos costoso. Para solicitar ayuda de transporte, póngase en contacto con el departamento de servicios sociales de su condado.
- Retirarse del programa en cualquier momento.
- Apelar a la Oficina de Salud Rural de Carolina del Norte si:
 - se le denegó el derecho a solicitar ayuda;
 - se le sugirió retirar su solicitud;
 - se le denegó su solicitud y cree que la decisión es incorrecta.

Responsabilidades:

- Acepto proporcionar toda la información necesaria para ayudar al proveedor a determinar mi elegibilidad.
- Acepto notificar al proveedor de cualquier cambio en mi dirección, planes de mudanza, disponibilidad de otro seguro médico o si ya no deseo recibir tratamiento de este proveedor.
- Certifico que la información que he proporcionado es una declaración veraz y completa de los hechos. Entiendo que las leyes estatales y federales prevén multas, penas de prisión o ambas para cualquier persona que oculte o dé información falsa para obtener ayuda.
- Certifico que vivo actualmente en Carolina del Norte.
- Entiendo que las personas indicadas en la página uno (1) son responsables de pagar al consultorio médico el menor de los cargos reales o un copago de _____ por los servicios de PCAP/BHAP cubiertos.
- Acepto notificar al consultorio médico de cualquier cambio que afecte al tamaño o a los ingresos de mi familia.
- Mis familiares inscritos participarán en este programa hasta la fecha de renovación a menos que se produzcan cambios en el tamaño de mi familia o en mis ingresos.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____