PROJECT ACCESS

3540 Forest Hill Blvd., Ste 101
West Palm Beach, FL 33406

Project Access
Solicitud de Inscripción
PART 1: Información del Solicitante

Fecha:_____

Por favor completé las cuatro partes de esta solicitud.

_____

Nombre Primero | Apodo | Apellido | Apellido de Soltera

_____

Dirección | Apto | Cuidad | Estado | Código

_____

Fecha de Nacimiento | País Natal | Seguro Social | Licencia de Conducir | Genero: Masculino Femenino

_____

Teléfono-Hogar | Teléfono-Trabajo | Teléfono Celular

Raza/Étnica: Africano-Americano ❑ Asiático/Pacifico Hilandero ❑ Caucásico ❑ Hispano ❑ Otro _____

Estado Civil: Casada/o ❑ Separada/o ❑ Divorciada/o ❑ Soltera/o ❑ Viuda/o ❑

Ciudadano: Si ❑ No ❑ Si es No, ¿Eres Residente Legal? Si ❑ No ❑ Fecha de Residencia:

Nivel de educación más alto completado: _____ Idioma principal: _____

¿Cuantos adultos viven en su hogar? _____ ¿Cuantos niños menores de 18 anos viven en su hogar?: _____

¿Ha vivido en el condado de Palm Beach los últimos 6 meses? (pueda que tenga que demostrar prueba) Si ☐ No ☐

Esta usted actualmente empleada/o Si ❑ No ❑, Si es Si Donde es su empleo _____

Si es No, fecha de su último empleo: _____

Su ingreso mensual bruto (Tienes que mostrar prueba): _____

¿Ha recibido asistencia médica de HCD? (Health Care District) Si ❑ No ❑

Si es Si ¿Cuando?_____ ¿Por Que fue terminado? _____

¿Actualmente tienes Medicaid o Medicare? ❑ Si ❑ No ¿Actualmente tienes seguro medico? ❑ Si ❑ No

¿Ha recibido beneficios de Medicaid, Medicare o seguro medico? ❑ Si ❑ No

Si es SI, ¿Cuando?_____ ¿Por Que fue terminado?: _____

¿Tienes usted una solicitud para Medicaid, Medicare o Seguro de Salud pendiente? ❑ Si ❑ No

¿Actualmente recibe Seguro Social o SSI de Disabilidad? ❑ Si ❑ No Si es Si, ¿Cual? _____

¿Tienes usted una discapacidad relacionada con el militar? ❑ Si ❑ No

¿Has visto a un proveedor de servicios de salud en los últimos 12 meses, incluida la sala de emergencia, clínica, hospital o medico? ❑ Si ❑ No Si es Si, ¿Donde? _____ ¿Cuando?: _____

Office Use Only **Eligible:** ❑ Yes ❑ No **Income:** = to or < ❑ 200%
Enrolled by: _____ (site) **Date of Enrollment:** _____
Referred to: _____
Physician | Appointment Date | Appointment Time

PROJECT ACCESS

3540 Forest Hill
Blvd., Ste 101
West Palm Beach,
FL 33406

Project Access
Solicitud de Inscripción
PARTE 2: Información Familiar

Fecha:_____

Nombre: Primero Apodo Apellido Apellido de Soltera

Por favor, complete los siguientes para cada miembro de la familia que viven con usted: (Añada otra página si es necesario)

Nombre (Apellido, Primero, Apodo)	Su Relación a esa Persona	Edad	Estado Civil	Ingreso Mensual (Bruto)	Cuenta de Ahorro o Chequera

Si alguien trabaja para si mismo, por favor indique la cantidad mensual de gastos para cada: _____

Si alguien es propietario de un vehiculo, por favor indique el ano, marca y modelo _____

Si no hay ingresos, por favor explique como sus necesidades básicas como alimentación, vestido, vivienda y servicios públicos se están cumpliendo:_____

Por favor de adjuntar a esta solicitud la pruebas de residencia y prueba de ingresos para cada miembro de la familia mencionados anteriormente que tiene ingresos. SU SOLICITUD NO PUEDE SER COMPLETADA SIN ESTA PRUEBAS.

Certifico que la información antedicha es un acceso completo de mi renta y dirección. Certifico que soy Ciudadano o Residente Permanente Legal de los EE.UU. Certifico que la información antedicha es verdad al mejor de mi conocimiento y no hay intento para cometer fraude. Entiendo que la acción apropiada será tomada si se falsifica la información antedicha.

_____ _____

Firma del Solicitante Fecha

PROJECT ACCESS

3540 Forest Hill Blvd., Ste 101
West Palm Beach, FL 33406

Project Access
Solicitud de Inscripción
PARTE 3 Responsabilidad del Paciente

Descripción General Del Programa

A nadie se le esta pagando por la atención medica que usted esta recibiendo. La atención que se le esta dando a usted por los Voluntarios del Proyecto Access, es sin expectativa de pago o compensación y usted recibe en cambio y entrega su derecho de las limitaciones en la recuperación por los danos causados por el Voluntario. Médicos, hospitales y muchos otros Voluntarios dan sus servicios como voluntario para ayudarle a obtener atención medica y así mantenerse sano. Esto no es un seguro o un programa del gobierno de derecho. Nuestra ayuda puede terminar en cualquier momento y por cualquier motivo. **Sala de Emergencia y los gastos de los servicios de Ambulancia no ESTAN CUBIERTOS.** Sus responsabilidades, la ayuda disponible, y otras condiciones pueden cambiar en cualquier momento. Al firmar este formulario usted esta de acuerdo en seguir las Responsabilidades del Paciente. Autorizo a Proyecto Access que verifique la información que nos ha proporcionado. Nos reservamos el derecho de exigir que usted paga por cualquier tipo de asistencia que usted haya recibido dentro de este programa si la información que usted facilito fue incorrecta.

Información General

Usted acepta que:

- Usted **hará sus citas solamente con los doctores** a quienes le hemos referido.
- Usted **mantendrá cada cita con el doctor** y notificara a la oficina de su medico antes de tiempo si usted no puede mantener su cita. (Faltas de citas podría resultar en su cancelación del programa).)
- Usted tiene que presentar su tarjeta de identificación del Proyecto Access cada vez que consulte a su medico.
- Usted siguiera su plan de tratamiento, por ejemplo, obtener medicamentos y tomarlas como se le indica.
- No se demora en dar información de elegibilidad que pueda ser solicitada por el programa.
- Usted inmediatamente deber contactar a personaje del Proyecto Access si su ingreso cambian o eres elegible para HCD, Medicaid o Medicare o seguro privados y otros beneficios..
- Proyecto Access puede pídele que apliqué para otros programas de asistencia.
- Usted estará en contacto con Proyecto Access inmediatamente si su dirección o número de teléfono cambia.

Asistencia De Medicamentos

Usted entiende que:

- Usted llamara a Proyecto Access cada vez que usted consigue una prescripción.
- Muchos tipos, pero no todos los medicamentos están disponibles con este programa.
- Cuando es posible, Proyecto Access hará una solicitud en su favor para los medicamentos con programas de ayuda de prescripción de los fabricantes de droga.
- Cada vez que usted recibe los medicamentos de un fabricante, es su responsabilidad de notificar a Proyecto Access.
- Usted debe presentar su tarjeta de prescripción del Proyecto Access cada vez que usted tiene una receta que deber llenar.

Al firmar abajo, usted confirma que entiende y esta de acuerdo a las condiciones anteriores:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primero Apodo Apellido

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Por favor mande esta solicitud por correo: Project Access, 3540 Forest Hill Blvd., Ste101, West Palm Beach, FL 33406

PROJECT ACCESS

Project Access

Programa de Asistencia de Medicamentos
Poder Limitado Legal

Si usted califica, Proyecto Access puede obtener algunos de sus medicamentos de los fabricantes farmacéuticos. Aunque los programas varían mucho, casi siempre todos requieren su firma en sus formularios de solicitud. De momento, Proyecto Access solicita permiso para firmar los formularios de solicitud como su agente, en lugar de contáctalo cada vez que sea necesario su firma.

Yo,_____(nombre del paciente) autorizar al Coordinador de la Asistencia de Prescripción de Proyecto Access para firmar mi nombre con el único propósito de solicitar medicamentos del fabricante de medicamentos y autorizar el lanzamiento de la siguiente información mía con el fabricante del medicamento: i) nombre; II) medicamentos recetados e información relacionada, incluyendo dosis, frecuencia, etc..; III) información de diagnóstico correspondiente; IV) información de elegibilidad de ingresos, incluyendo el número de seguro social; v) otra información solicitada por el fabricante como requisito para la participación en su programa de reembolso de medicamentos. Se solicitará sólo medicamentos, cuyos medicamentos que los voluntarios de Proyecto Access receta para mi atención médica. Entiendo que el único propósito de la publicación de la información anterior es solicitar el reembolso de medicamentos del fabricante de medicamentos. También entiendo que tengo el derecho a revocar por escrito este poder con respecto a la divulgación de información en cualquier momento al proporcionar una revocación escrita a un representante autorizado de Proyecto Access.

Este poder caduca un (1) año después de la fecha firmada.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Por favor de completar y devolver esta solicitud a:

Project Access
3540 Forest Hill Blvd., Ste101
West Palm Beach, FL 33406
561-433-3940 phone
561-969-6688 fax

3540 Forest Hill Blvd., Ste 101
West Palm Beach, FL 33406

Project Access
Solicitud de Inscripción
PARTE 4 Expediente Medico Del Paciente

Liberación del Expediente Medico

Por la presente autorizo e solicito a usted que libere los Expedientes Médicos completos en su poder, con respecto a mi enfermedad y / o tratamiento durante el período de _____hasta_____, al personal del programa denominado a continuación. Incorporados en este formulario de autorización es mi autorización para que incluya cualquier información relacionada con el VIH y otras técnicas de diagnóstico del SIDA.

Project Access
Palm Beach County Medical Society Services, Inc.
3540 Forest Hill Blvd, Suite 101
West Palm Beach, FL 33406

Su Firme: _____
Paciente o Persona Autorizado

_____
Relación si es Distinto del Paciente

Imprime su Nombre: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Seguro Social del Paciente: _____

PROJECT ACCESS
Palm Beach County Medical Society Services
Providing healthcare to the uninsured

Proyecto Access

Proyecto Access les ayuda conseguir cuidado medico cuando no tienen seguro medico. Todos los doctores en este programa están tomando pacientes gratuitamente. Muchos médicos, hospitales y otros están ayudando. Pero, Proyecto Access **No Promete** que puede conseguir todo el cuidado servicios que una persona necesita. Haremos lo mejor para conseguir el cuidado para usted. Si usted necesita cuidado medico y puede conseguir ese cuidado de otra manera, usted deber mirar en hacer eso.

Las decisiones de tratamiento serán basadas en las recomendaciones de evidencia clínica. Cuando séa posible, la opción de medicina no invasiva será el tratamiento primero.

El cuidado de su tratamiento será ordenado por el médico que está evaluando su caso y de acuerdo a los recursos disponibles.

Proyecto Access es administrado por Palm Beach County Medical Society Services, Inc.

Introducción

Esta hoja de información le ayuda a entender el programa de Proyecto Access y las maneras que puede ayudar. Usted es parte del programa por 6 meses al partir del tiempo que usted primero va a ver al medico, si usted sigue las reglas. Le enviaremos una Tarjeta de Identificación del Proyecto Access y usted debe guardarla con usted siempre. **Si usted tiene cualquiera preguntas** sobre lo que usted debe hacer, por favor de llamar al personaje del Proyecto Access al **561-433-3940**

Reglas del Paciente

- Usted puede ir solamente a los doctores que el personaje del Proyecto Access le asigna.
- Usted **debe llamar** al personaje del **Proyecto Access** si usted **no puede guardar** su cita. Recuerde, **si usted no llama y falta a su cita, usted puede ser despedido del programa**.
- Usted **debe mostrar su Tarjeta de Identificación del Proyecto Access** cada vez que usted tenga una cita, si no la muestra puede ser que le cobren por su consulta o le niegan su consulta.
- Es muy importante que usted haga lo que dice el doctor. Si su medico le da una prescripción para medicina, usted debe conseguirla del farmacéutico marcado en su tarjeta del descuento de drogas. Por favor de llamar al personaje del Proyecto Access si tienes algunas preguntas.
- **Usted debe llamar al personaje del Proyecto Access si usted se muda o cambia su número del teléfono.**
- Usted debe llamar si su ingreso cambia o si eres elegible para Medicaid o algún otro seguro de salud.

Acuerdo del Paciente

Una vez que usted haya firmado este formulario de responsabilidad, esto significa que si usted no sigue las reglas con la manera que este folleto le indica, usted puede ser despedido del programa de Proyecto Access. También, usted debe decir la verdad sobre su renta o cualquiera otra cobertura de salud. Si usted no es honesto, puede ser que tenga que pagar por todo la asistencia medica que usted consiguió mientras estaba debajo del este programa.

Servicios Especiales

- Cuando usted vea a su medico, el o ella puede ser que le diga que usted necesita mas exámenes o que quiere referillo a otro especialista. El puede ser que incluso le diga que usted necesita una operación o debe entrar en el hospital. El doctor entonces debe de mandar por fax o llamar al personaje del Proyecto Access para informarle sus recomendaciones para el tratamiento del su paciente. Usted debe llamar a la clínica o al personaje del Proyecto Access para que les ayuden entender lo que el medico le esta recomendando para su tratamiento. Puede haber ocasiones donde este programa no puede conseguir todos los tratamientos o servicios que usted necesite o que su medico les recomiende. Si usted esta enfermo o enferma y necesita ir a la sala de emergencia, usted debe hacerlo, pero recuerde que este programa **No Cubre** la sala de emergencia.

_____
Firma

_____
Fecha