

HealthNet Cabarrus and MedAssist Lista de la Solicitud

Para Adultos que residen en el Condado de Cabarrus, han sido diagnosticados con una condición crónica médica y no son elegibles para seguro médico privado, Medicaid o Medicare

Completar los siguientes documentos

Completar y firmar la aplicación de 2 páginas—proporcionada en la Clínica Gratis de la Comunidad o en communityfreeclinic.org

Traer estos documentos

Comprobante de dónde vives en el condado de Cabarrus - uno de estos ejemplos

- Licencia de conducir de NC o tarjeta de identificación de NC con su dirección actual or
- Contrato de arrendamiento si usted alquila; impuesto de bienes raíces/propiedad si usted es dueño de su casa. or
- Cuenta enviada por correo a su dirección actual – Agua, Electricidad, Gas, Teléfono, Cable o Factura Médica

Comprobantes de todos los ingresos que usted o su cónyuge ganan –

- Recibos de pago de sueldo por un mes (dentro los últimos 30 días)
- Ingreso por Discapacidad del Seguro Social Original Aviso De Carta de Premio y carta de beneficios del año en curso.
- Pensión Alimenticia/Manutención Carta del acuerdo, record online por monto o acuerdo

* Si tienes 65 años de edad y no eres elegible para Medicare – Necesitamos la carta de negacion.

- Ingreso Suplementario del Seguro Social Original Aviso De Carta de Premio y carta de beneficios del año en curso
- Pensión de jubilación Carta de beneficios actual
- Carta de compensación por desempleo, si recibe por desempleo

Si usted no tiene ingresos, debe firmar un **formulario de cero ingresos**. Si alguien lo está ayudando, la sección ‘**carta de apoyo**’ también debe ser completada y firmada por la persona que le provee apoyo

Comprobante de impuestos pagados

Formulario de declaración de impuestos 1040 del año más reciente. Si usted (y su cónyuge) no presentaron impuestos llene y firme el formulario 4506T.

La solicitud firmada y necesarios documentos deben ser llevados a la Clínica Gratis de la Comunidad. Todo puede ser enviado por correo, puede ser dejado en el buzón o puede ser traído a la Clínica Gratis de la Comunidad en 528 A Lake Concord Road, Concord NC -- NADA puede ser aprobado hasta que todos los documentos necesarios sean recibidos

Una vez aprobado para HealthNet Cabarrus, Usted recibirá su Tarjeta Rosa

Community Free Clinic 528 A Lake Concord Road, NE Concord, NC 28025.

Teléfono: 980-498-3069

Horas de Inscripción: Martes y Jueves de 9-11 AM; Miércoles de 1-3 PM

Solicitud de Inscripción

<i>Uso de oficina</i>			
Fecha de inicio:	Fecha temp	Fecha de recertificación	POE

Primer Nombre:	In:	Apellido:	Seguro Social/TIN #:	Fecha de nacimiento:
Dirección Postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electronica:			Teléfono de contacto #:	Secundario #:
Contacto de emergencia (<i>otro nombre aparte del solicitante</i>):			Teléfono de emergencia #:	
Condado de residencia:			Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado	
Nombre del Médico o Doctor:			Teléfono del Doctor #:	

Usted fuma? Si No Si es Si, estas interesado dejar de fumar? Si No

Eres alérgico a algún medicamento? Si No Si es Si, note: _____

Como supo de nuestro programa NC MedAssist? _____

Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Otro	Idioma principal hablado: (<i>excepto español</i>)	Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de gente en el hogar: (<i>incluyendo usted</i>) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Otro _____
--	--	---	---

Escriba y adjunta todo el ingresos del hogar:	Usted tiene unos de los seguros siguientes?
Salario \$ _____	Seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Discapacidad \$ _____	Medicare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pensión Alimenticia/Manutención \$ _____	Medicare Parte D <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Seguro Social \$ _____	Medicaid <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pensión/Retiro \$ _____	Plan familiar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desempleo/Compensación de trabajo \$ _____	Seguro de Veteranos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Total de los ingresos bruto mensual \$ _____	
Total de los ingresos anual \$ _____	

Acuerdo del solicitante/revelaciones/liberación.

Doy fe que la información que he dado en esta solicitud de inscripción es exacta y verídica, también comprendo que si mi solicitud es aprobada, los servicios no están garantizados. Al firmar esta solicitud doy a Medassist, sus empresas farmacéuticas afiliados y las agencias públicas, privadas o patrocinadores financieros y sus agentes de cualquier reclamo de responsabilidad contractual o extracontractual derivados de las acciones de Medassist, sus agentes, empleados, o P.D.E. en la realización de servicios o relacionadas con los servicios que recibo de MedAssist. Yo doy mi consentimiento para que DDS y el DHSS para asesorar a Medassist del estatus de una solicitud pendiente de Medicaid. Yo notificare a MedAssist inmediatamente si llego a ser elegible para Medicare, Medicaid, seguro privado o los beneficios del AV, o si mi ingreso cambia. También doy consentimiento para que Medassist pueda difundir información sobre mi salud a sus afiliados (es decir, la auditorias de las compañías farmacéuticas) en cuanto se refiere a todas las leyes federales, estatales y locales y regulaciones y fines directamente relacionados con la administración de programas de Medassist y subvenciones. Yo he recibido la forma de las prácticas de privacidad de NC MedAssist. Doy permiso a NC MedAssist firmar documentos para el programa de asistencia para pacientes cuando sea necesario.

Yo doy permiso a NC MedAssist a que mande mis medicamentos a mi patrocinador de entrada. Community Free Clinic

Nombre del patrocinador como punto de contacto.

Nombre del lugar de inscripción (Si aplica) _____

Esta línea es solo para el lugar de inscripción.

Firma de solicitante _____ Fecha _____

NC MedAssist firma de empleado _____ Fecha _____

Name/Nombre: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____

How many people live in your household? ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

Please list the following for all living in the household: Por favor, liste todos los que viven en el hogar:

Name/Nombre	Date of Birth/Fecha de Nacimiento	Relationship to you/Relación Contigo
-------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Check any medical condition you have: Por favor, marque sus condiciones médicas crónicas:

<input type="checkbox"/> Hypertension (high blood pressure)/Presión Alta	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> GERD/Reflujo	<input type="checkbox"/> COPD or Asthma/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Seizures/Ataques	<input type="checkbox"/> Hepatitis C (hep C)
<input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease (CAD)/Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/> High Cholesterol/Colesterol Alto

List any additional conditions not checked above Lista condiciones adicionales marcadas

My normal mode of transportation is:

Mi método normal de transportación es:

- Car
- Bus
- Walk
- Ride with other
- Other (please list below):

- Carro
- Autobús
- Camina
- Con otra persona
- Otro método (explique por favor):

Health Net  of Cabarrus County
Cabarrus HealthNet and MedAssist Application

Formulario de Cero Ingresos

Yo, _____ confirmo que no estoy trabajando y no tengo ingresos para apoyo. Soy capaz de recibir correo en la siguiente dirección:

Firma: _____ Fecha: _____

Carta de apoyo financiero

Yo estoy proveyendo apoyo a _____ de la siguiente manera:
(Escribir nombre de paciente)

Marque solo uno de los tres cuadros a continuación:

- Vive conmigo en la siguiente dirección y recibe hospedaje y comida gratis.
- Vive conmigo y compartimos los gastos. Mis contribuciones de gastos está indicado abajo.
- No vive conmigo pero yo proveo soporte como está indicado abajo.

Yo proveo dinero y otros fondos en la cantidad indicada a continuación. Escriba uno aproximado de los montos en dólares para cada descripción y marque si esta cantidad lo proveen semanal o mensualmente. Si usted no provee dinero u otros medios por favor, escriba "0" (cero).

Comida: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual
Hospedaje: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual
Utilidades: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual
Dinero: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual
Otros: (explique abajo) \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual

Firma

Escriba su nombre

Dirección

Ciudad, Estado y código postal

Fecha

Request for Transcript of Tax Return

OMB No. 1545-1872

- ▶ Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.
- ▶ Request may be rejected if the form is incomplete or illegible.
- ▶ For more information about Form 4506-T, visit www.irs.gov/form4506t.

Tip. Use Form 4506-T to order a transcript or other return information free of charge. See the product list below. You can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Get a Tax Transcript..." under "Tools" or call 1-800-908-9946. If you need a copy of your return, use Form 4506, Request for Copy of Tax Return. There is a fee to get a copy of your return.

<p>1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.</p>	<p>1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)</p>
<p>2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.</p>	<p>2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return</p>
<p>3 Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)</p>	
<p>4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)</p>	
<p>5a If the transcript or tax information is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number.</p> <p style="text-align: center;">NC MedAssist, 4428 Taggart Creek Rd, Suite 101, Charlotte, NC, 28208, 704-536-1790</p>	
<p>5b Customer file number (if applicable) (see instructions)</p>	

Caution: If the tax transcript is being mailed to a third party, ensure that you have filled in lines 6 through 9 before signing. Sign and date the form once you have filled in these lines. Completing these steps helps to protect your privacy. Once the IRS discloses your tax transcript to the third party listed on line 5, the IRS has no control over what the third party does with the information. If you would like to limit the third party's authority to disclose your transcript information, you can specify this limitation in your written agreement with the third party.

6 Transcript requested. Enter the tax form number here (1040, 1065, 1120, etc.) and check the appropriate box below. Enter only one tax form number per request. ▶

- a Return Transcript**, which includes most of the line items of a tax return as filed with the IRS. A tax return transcript does not reflect changes made to the account after the return is processed. Transcripts are only available for the following returns: Form 1040 series, Form 1065, Form 1120, Form 1120-A, Form 1120-H, Form 1120-L, and Form 1120S. Return transcripts are available for the current year and returns processed during the prior 3 processing years. Most requests will be processed within 10 business days
- b Account Transcript**, which contains information on the financial status of the account, such as payments made on the account, penalty assessments, and adjustments made by you or the IRS after the return was filed. Return information is limited to items such as tax liability and estimated tax payments. Account transcripts are available for most returns. Most requests will be processed within 10 business days
- c Record of Account**, which provides the most detailed information as it is a combination of the Return Transcript and the Account Transcript. Available for current year and 3 prior tax years. Most requests will be processed within 10 business days
- 7 Verification of Nonfiling**, which is proof from the IRS that you did not file a return for the year. Current year requests are only available after June 15th. There are no availability restrictions on prior year requests. Most requests will be processed within 10 business days
- 8 Form W-2, Form 1099 series, Form 1098 series, or Form 5498 series transcript.** The IRS can provide a transcript that includes data from these information returns. State or local information is not included with the Form W-2 information. The IRS may be able to provide this transcript information for up to 10 years. Information for the current year is generally not available until the year after it is filed with the IRS. For example, W-2 information for 2011, filed in 2012, will likely not be available from the IRS until 2013. If you need W-2 information for retirement purposes, you should contact the Social Security Administration at 1-800-772-1213. Most requests will be processed within 10 business days

Caution: If you need a copy of Form W-2 or Form 1099, you should first contact the payer. To get a copy of the Form W-2 or Form 1099 filed with your return, you must use Form 4506 and request a copy of your return, which includes all attachments.

9 Year or period requested. Enter the ending date of the year or period, using the mm/dd/yyyy format. If you are requesting more than four years or periods, you must attach another Form 4506-T. For requests relating to quarterly tax returns, such as Form 941, you must enter each quarter or tax period separately.

12	/	31	/	2018	/	/	/	/	/
----	---	----	---	------	---	---	---	---	---

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

Signature of taxpayer(s). I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax information requested. If the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, 1 percent or more shareholder, partner, managing member, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506-T on behalf of the taxpayer. **Note:** This form must be received by IRS within 120 days of the signature date.

Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506-T. See instructions.

Signature (see instructions)	Date	Phone number of taxpayer on line 1a or 2a
Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)		
Spouse's signature	Date	

HealthNet

Cabarrus

La página de firma del Acuerdo del Paciente debe de ser firmada por el afiliado de HealthNet (Tarjeta Rosa) y un representante de la Clínica Gratis de la Comunidad. Esta página de firma permanecerá en el registro del afiliado (con la solicitud del afiliado) y servirá para verificar si la información contenida en la solicitud es correcta y exacta. El afiliado de HealthNet (Tarjeta Rosa) recibirá las páginas del Acuerdo del Paciente como referencia y para sus registros.

Yo autorizo la divulgación de cualquier información para establecer mi o la elegibilidad de mi familia. Yo autorizo a la Clínica Libre de la Comunidad a verificar con las agencias estatales o federales, y cualquier otra agencia relacionada, la información contenida en esta solicitud y/o compartida verbalmente para completar mi inscripción en HealthNet (Tarjeta Rosa) y MedAssist. Yo comprendo que la información puede incluir información médica o no médica y puede obtenerse de fuentes relevantes tales como prácticas médicas, bancos, empleadores, y compañías de seguros.

Una vez inscrito en HealthNet (Tarjeta Rosa) y MedAssist, yo estoy de acuerdo en permitir que la Clínica Gratis de la Comunidad reciba en mi nombre los necesarios registros de salud, referencias, y recetas médicas, y divulgar dichos registros de salud, referencias, y recetas médicas a los proveedores de salud que participan en Health Net (Tarjeta Rosa) en un esfuerzo de proporcionar los servicios en mi nombre.

Yo he leído o a sido leído, el Acuerdo del Paciente de HealthNet (Tarjeta Rosa) incluyendo las responsabilidades, y las razones por terminación. Yo comprendo mis responsabilidades como persona que solicita los servicios del programa de HealthNet (Tarjeta Rosa) y MedAssist). Yo estoy de acuerdo con estos términos.

I

Imprimir nombre completo

Fecha de nacimiento

Firma de Paciente

Fecha

Representante de la Clínica Gratis de la Comunidad

Fecha

ACUERDO DEL PACIENTE DE HEALTHNET CABARRUS

Bienvenido a HealthNet y MedAssist Prescription Assistance

Inscripción en HealthNet Cabarrus le proporciona a usted un Hogar Médico para sus necesidades de salud continuas. El médico, la clínica, el laboratorio, o el especialista que cuida de usted NO es pagado para darle el cuidado – HealthNet no es un programa de seguro médico. Pero usted DEBE mostrar su HealthNet (Tarjeta Rosa) en cada visita para que sepan que está inscrito en HealthNet. Su cuidado mientras que está inscrito en HealthNet es debido a una asociación entre Atrium-NorthEast, prácticas médicas del Condado de Cabarrus, MedAssist, y la Clínica Gratis de la Comunidad. Su propósito es proveer una red de seguridad médica para los no asegurados en nuestro proporcionando un hogar médico, acceso a medicamentos, pruebas necesarias, y cuidado especializado. Es un programa de asistencia, no un seguro médico. Por favor siga todas las pautas para HealthNet y MedAssist y proteja esta asociación para sus futuras necesidades de salud.

Usted está inscrito por un año – usted debe *recertificarse (o reinscribirse)* cada año para continuar participando en HealthNet. Recuerde mirar su tarjeta para ver sus fechas de elegibilidad; la Clínica Gratis de la Comunidad le enviara un recordatorio cuando sea el momento de recertificar. Si su inscripción caduca, usted no tendrá los servicios de la clínica o la farmacia hasta que se reinscriba.

Cuidados Clínicos para los Pacientes de HealthNet:

- Muestre su HealthNet (Tarjeta Rosa) en cada visita al médico o clínica.
- Cuando llame para citas, dígame que usted está en HealthNet (Tarjeta Rosa).
- Hay un número limitado de citas disponibles cada mes, así que llámenos con anticipación y siempre aparezca para sus citas.
- No haga citas con nadie más que con su médico o clínica (como se indica en su Tarjeta Rosa). Si necesita atención por parte de otra persona, el médico o la clínica necesitara solicitar este servicio por usted.
- Por favor recuerde que los médicos que participan en este programa no reciben pago. Ellos DONAN todos los servicios que le brindan. Puede haber algunos servicios que los médicos no pueden proporcionarle.
- No use la sala de emergencias para tratamientos de condiciones que no amenazan la vida.
- Si usted va a la sala de emergencia sin una emergencia de vida, usted será responsable por los costos.
- Servicios de ambulancia (911) no están incluidos en HealthNet (Tarjeta Rosa). Usted pagará por ellos.

Servicios de Farmacia a través del Programa MedAssist

- Las recetas que su médico ordena serán llenadas y proporcionadas por MedAssist. Su(s) medicina(s) serán enviadas a la Farmacia de la Clínica Gratis de la Comunidad para que la recoja.
- Su médico o la clínica necesitara enviar sus recetas a la Farmacia de la Clínica Gratis de la Comunidad. Sus medicamentos no estarán aquí inmediatamente. Sus medicamentos recetados serán llenados por la Farmacia de MedAssist en Charlotte luego serán enviados a la Farmacia de la Clínica Gratis de la Comunidad.
- Cuando necesite que su medicamento vuelva a llenarse, usted llamara a recargas directamente en MedAssist. **El número de teléfono se encuentra en las botellas de su medicina.** Sus medicamentos no estarán aquí inmediatamente. Sus medicamentos recetados serán llenados por la Farmacia de MedAssist en Charlotte luego serán enviados a la Farmacia de la Clínica Gratis de la Comunidad.
- Su(s) frasco(s) de medicamento le indica cuantas recargas tiene. Cuando no tenga más recargas, llame a su médico o a la clínica para enviarle una(s) nueva(s) receta(s) a la Farmacia de la Clínica Gratis de la Comunidad.
- Si usted tiene una necesidad urgente, tendrá que hacer arreglos con su médico para medicamentos sin costo o costo bajo en otras farmacias comerciales hasta que sus medicamentos lleguen de la Farmacia de MedAssist.

Servicios Dentales

- Hay un servicio dental para este programa. El único servicio que se proporciona es extracciones de dientes. Las citas programadas son durante nuestra clínica de la noche el segundo martes de cada mes. Llame a la Clínica Gratis de la Comunidad para programar una cita (704-782-0650).

Cuando está inscrito en HealthNet (Tarjeta Rosa), usted entiende y acepta que:

1. Usted presentará su Tarjeta de Identificación de Paciente de HealthNet (Tarjeta Rosa) cada vez que consulte a un médico.
2. **Solo puede usar su tarjeta HealthNet (Tarjeta Rosa) en la(s) oficina(s) que HealthNet le haya asignado.**
3. Usted mantendrá la cita de cada médico o llamará y cancelará o reprogramará por lo menos 24 horas antes de la cita.
4. Usted seguirá las ordenes y recomendaciones del médico. Por ejemplo, usted recogerá los medicamentos recetados y los tomará tales como se le receten.
5. Usted traerá todos los medicamentos que está tomando a cada cita con el médico.
6. Usted tratará a todo el personal en todas las clínicas y prácticas médicas con cortesía y respeto.
7. Usted nos proveerá de inmediata cualquier información que necesitemos de usted.
8. Usted nos permitirá que toda la información relacionada con su participación en este programa sea compartida con otras organizaciones y agencia según sea necesario para obtener y mantener la inscripción en asistencia médica y farmacéutica.
9. **Usted aplicará para Medicaid u otra asistencia a pedido de nosotros u otro proveedor.**

RAZONES POSIBLES PARA LA TERMINACIÓN O LA DESCALIFICACIÓN

1. Usted es elegible para Medicaid, Medicare, o tiene acceso a un seguro de salud.
2. "No Shows" (No Se Presenta) Si usted falta tres (3) citas con su médico o clínica. Si usted falta una (1) cita con su especialista o laboratorio proporcionado por los servicios de HealthNet (Tarjeta Rosa).
3. Si usted usa el servicio de emergencias/urgencias para enfermedades que no son de emergencia, puede ser descalificado de HealthNet y será responsable por el costo.
4. Si usted es irrespetuoso o no cooperativo con cualquier personal de la clínica o práctica médica puede ser retirado de los servicios de HealthNet (Tarjeta Rosa).

Mientras que usted esté inscrito en HealthNet (Tarjeta Rosa) usted acepta notificar a la Clínica Gratis de la Comunidad sobre cualquier cambio en su residencia, número de teléfono, empleo, y recursos financieros. Estos cambios deben de ser reportados dentro de 10 días del cambio. Si alguna información y/o documentos de soporte son falsificados, usted será terminado inmediatamente. Se le entregara este documento para su referencia. Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese con la Clínica Gratis de la Comunidad, Servicios de Inscripción: 980-498-3069.