

FREE CLINIC OF CULPEPER REQUISITOS PARA LA ELEGIBILIDAD

La Clínica “Free Clinic of Culpeper” brinda servicio médico confidencial a residentes sin cobertura médica en el condado de Culpeper, que están trabajando, buscando empleo o que tienen alguna discapacidad. La clínica también cuenta con una farmacia autorizada en sitio.

Para poder ser paciente de la clínica “Free Clinic of Culpeper” es necesario completar el proceso de certificación, cumplir con los requisitos para la elegibilidad, y proporcionar con los documentos como se indica.

1. **COMPROBANTE DE DOMICILIO:** Usted debe ser residente del condado de Culpeper (town o county) y proporcionar comprobante de domicilio.
 - Una licencia válida para conducir, una factura reciente con su dirección actual, o el contrato de la propiedad donde está viviendo con la dirección actual.
2. **COBERTURA MÉDICA:** Usted **no debe estar cubierto** por ningún tipo de cobertura médica o cobertura que pague por prescripciones. Medicaid y Medicare son considerados como seguro médico.
 - Usted debe proporcionar con la carta de cancelación si anteriormente tenía cobertura medica.
 - Usted debe firmar esta hoja afirmando que no tiene cobertura médica.
 - Si en dado caso obtiene cobertura médica, usted debe notificar a la clínica de inmediato.
3. **COMPROBANTE DE INGRESO:** El ingreso total de la casa no debe de exceder al 250% del nivel de pobreza. Nosotros consideramos el número de la casa a las personas viviendo en la misma residencia que tienen obligación legal el uno con el otro.
 - Usted debe proporcionar con los talones de cheques del mes más reciente o con una forma de verificación de empleo, si usted está trabajando.
 - Usted debe proporcionar con una copia firmada de su declaración de impuestos (Federal Tax Return) del año más reciente. Si no cuenta con una copia, puede llamar al IRS al 1-800-908-9946 para una copia gratis.
4. **OTROS INGRESOS/ASISTENCIA**
 - Usted debe proporcionar con la documentación original de cualquier otro tipo de ingreso como: estampillas de comida, discapacidad, beneficios del seguro social, manutención de los hijos, pensión alimenticia, u otro tipo de ingreso.
 - Carta de apoyo notariada – Si alguien le brinda apoyo con comida, con un lugar para vivir, o con dinero, usted necesitara esta carta y debe estar notariada.

TODA LA INFORMACION REQUERIDA DEBE SER PROPORCIONADA ANTES DE QUE PUEDA HACER CITA O RECIVIR MEDICAMENTOS.

- Todos los pacientes serán re-certificados cada doce meses. Usted es responsable de proporcionar con la información actualizada antes de que su elegibilidad se venza.

POLITICA DE CITAS PERDIDAS

- Si usted no puede atender a su cita debe notificar a la clinica al 829-5032 el día antes de su cita. Esto le dará la oportunidad a otros pacientes de hacer cita. Si usted no llama o no se presenta a su cita será considerado como un “NO SHOW”; no presentado. Está en nuestra política dar de baja a los pacientes después de tres citas perdidas.
- Si usted no puede atender a su cita de referencia, usted debe de llamar directamente a la oficina de la cita de referencia para cancelar. Usted es requerido a firmar un “Acuerdo de Referencia” (Referral Agreement).

EXAMENES/ANALISIS DE LABORATORIO

- Exámenes y análisis de laboratorio ordenados por la clinica “Free Clinic of Culpeper” serán cubiertos para pacientes de la clinica en el Hospital UVA/Culpeper. Si usted decide ir al Hospital UVA/Culpeper por alguna razón propia, usted es responsable de llenar una forma de ayuda financiera en el Hospital UVA/Culpeper y usted será responsable de los costos asociados con esa visita.

POLITICA DE CONDUCTA DEL PACIENTE

- Todos los pacientes deben actuar de manera respetuosa. La clinica no tolera ningún tipo de comportamiento que sea juzgado como inapropiado
- La clinica no dará servicio a ningún paciente que este bajo los efectos del alcohol.

Por favor escriba su nombre:

Yo, _____, estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos de elegibilidad y las políticas de la Clinica. Yo afirmo que la información proporcionada a la clinica es cierta, valida, y legal. Yo también afirmo que la clinica me ha proporcionado con una copia de esta carta.

Firma del Paciente

Fecha

Clinic Representative

Date