
ELIGIBILITY CRITERIA IN PORTUGUESE

DOCUMENTOS QUE NECESSITA TRAZER

1. 2 TIPOS DE INDETIFICACAO TALES COMO

- Carta de conducao com foto
- Certidao de Nascimento para todos os membros da familia (So conta filhos que residirem nos Estados Unidos)
- Cartao de Segura Social
- Carta Verde (Alien Registration Card) (Green Card)
- Passaporte valido
- Indetificacao de trabalho com foto
- Cartao de indetificacao de Assistencia Publica

Por Favor traga nos pelo menos uma indetificacao para cada membro da familia
Se for legalmente casado necessitamos certidao de casamento

2. COMPROVANTE DE TRABALHO

Os seguintes documentos sao aceites coma prova de trabalho

- Os 4 ultimos taloes de cheque
- Taloes de cheque do desemprego (unemployment)
- Se esta reformado ou disabilitado necessita a carta que mostra quanto recebe por mes.
- Carta do Patrao dizendo desde quando esta a trabalhar nessa firma, quantas horas faz por semana e quanto e que recebe por semana.
- Copia das income taxes mais recentes (income tax return)
- Os W2 o 1099 mais recentes
- Se nao trabalha : Necessita uma carta de suporte indicando que Sr(a) nao esta a trabalhar, e que lhe estao a ajudar com estadia (casa) e comida. Tambem necessitamos uma indetificacao da pessoa que escrever a carta.

3. ELIGIBILIDADE PARA ASSISTENCIA PUBLICA

- Prova como nao qualifica para Medicaid.
- Para criancas ate aos 18 anos, Os pais tem que aplicar para KidCare primeiro. Comprovar que a applicacao foi preenchida e coma esta a applicacao (pendente ou negada).

4. COMPROVANTE DE ENDERECO

- Uma factura que mostre o seu nome e endereco (gas, luz, agua, ou telefone)
- Carta de conducao Valida Que mostre o seu endereco
- Carta que tenha recebido recente e que esteja caribada pelos correios.
- Carta da pessoa que esta a viver, dizendo a quanto tempo vive ai e uma factura em nome dessa pessoa.

Tem que ser o doente registado na MFHC. Tambem, pode nao ser aprovado para o programa de reducao ate que a applicacao esteja completa.

PRPERGUNTAS E RESPOSTAS DO PROGRAMA DE ESCALA DE TAXAS DESLIZANTES

Quais são as datas efetivas de cobertura do Programa de Escala de Taxas Deslizantes? A data efetiva de cobertura para este programa é imediata após a aprovação do contrato aplicações. A aprovação é válida por um ano. A inscrição deve ser renovada anualmente.

Quando posso candidatar-me e quando a candidatura deve ser submetida? Você é elegível para se candidatar e sua candidatura pode ser submetida a qualquer momento em que você estiver registrado como paciente do Monmouth Family Health Center.

Como me inscrevo? Preencha o formulário e envie toda a documentação necessária para o Consultora Financeira no MFHC. Você será notificado após a determinação de sua elegibilidade e aprovação.

Posso incluir meu cônjuge e filhos no programa? Se forem fornecidas informações para cada membro da família no momento da inscrição, cônjuge e filhos serão incluídos no programa após a aprovação do pedido.

Posso escolher meu provedor no MFHC? Todos os pacientes MFHC têm a opção de escolher o médico MFHC de sua escolha. No evento o médico escolhido não tem vagas para novos pacientes, os indivíduos podem eleger um segunda escolha ou ser atribuído a um provedor com vagas imediatas, ou eles podem escolher aguarde para ser agendado para ver o provedor de sua primeira escolha.

E se eu precisar consultar um especialista ou precisar de serviços de diagnóstico, como raio X ou serviços laboratório? O MFHC não cobre cuidados especiais ou serviços de diagnóstico, nem qualquer programa ou serviço que não é diretamente operado pelo MFHC coberto por este programa. Você pode ser elegível para aplicar diretamente ao prestador de tais serviços por sua taxa reduzida ou assistência não reembolsada programas. O MFHC irá, na medida do possível, fornecer-lhe referências para estes serviços.

Devo pagar por qualquer parte do serviço e quando o pagamento é devido? Todos os pacientes aprovados para o Programa Escala de Taxa Deslizante devem pagar US \$ 30 por assistência médica. Serviços. As taxas de serviço odontológico são baseadas no tipo de procedimento realizado e você ser avisado da taxa de Odontologia na época. Pacientes aprovados para o Programa de Escala de Taxa Deslizante Espera-se que paguem a taxa determinada no momento de cada consulta de cuidados primários do MFHC.

Como posso me inscrever no programa Escala de taxas de deslocamento?

Os pacientes podem contatar o Consultora Financeira pelo telefone (732) 923-7103 ou (732) 963-0164 solicitar que as informações sejam enviadas para eles ou completar o processo de inscrição no MFHC.

Que informação devo trazer para a consulta? Veja a lista anexa de documentos necessários para o programa.

Quem posso ligar com perguntas? Ligue para o Conselheira Financeira em (732) 923-7103 ou (732) 963-0164 para questões específicas o processo de candidatura. Obrigado.

**FQHC HEALTHCARE EXPANSION PROGRAM
UNINSURED CARE APPLICATION**

PATIENT INFORMATION

Name: _____ Date of Application: ____/____/____
Address: _____ Birth Date: ____/____/____

Telephone: ____ (____) _____ Family size: _____
Linked Patient Chart # _____ (include immediate family members in
Was the patient born in the US? () yes () no Children under 21)

MARITAL STATUS

____ single
____ married
____ separated
____ divorced
____ widowed

PATIENT ID (maintain copy)

____ driver license
____ Social Security card
____ INS/welfare card
____ alien registry card
____ other _____

HEALTH INSURANCE STATUS (maintain copy)

Does patient have any of the following? _____ Private Ins. _____ Medicaid _____ NJ FamilyCare
_____ Welfare _____ SSI _____ Medicare

If yes, effective date: ____/____/____

SCREENING FOR MEDICAL ASSISTANCE

If patient is uninsured, was he/she referred for medical assistance? _____yes _____no
If yes, date of referral: ____/____/____

INCOME INFORMATION (maintain copy)

Is patient/guardian(s) currently employed? _____yes _____no
Total family income per month: \$ _____ per year: \$ _____

Proof of family income (check all that apply):

____ paycheck _____ child support payment _____ disability benefit
____ unemployment benefits _____ foster care benefit _____ other
____ income tax return _____ employee statement

In case of emergency, contact: _____ (____) _____

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Patient (Parent/Guardian) Signature

Date

=====HEALTH CENTER USE ONLY=====

Center employee verifying above information: _____

Signature

Twelve month reassessment of continuing eligibility, including current income and insurance status
(updated income and insurance documentation must be maintained in patient file):

____/____/____ _____ _____/____/____ _____
Date Initials Date Initials

MEDICAL ASSISTANCE REFERRAL FORM

Patient Name: _____ Patient ID# _____

SECTION I

Annual Family Income \$ _____
 Divided by 12 (Monthly Family Income) \$ _____

Birth Date of Patient: ____/____/____ Age of Patient: _____
 Was Patient Born in the U.S.? ____ Yes ____ No Family Size: _____
 If no, date of arrival in the U.S. ____/____/____

SECTION II (circle the box that applies; if no box applies go to SECTION III)

*Plus any additional procedure charge(s).

	A	B	C	D	E	F	G	H
	<100%	101% <120%	121% <140%	141% <180%	181% <200%	201% <250%	251% <300%	>301%
Fam Size	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays	Patient Pays
	\$30	\$35	\$40	\$45	\$50	\$60	\$70	100% of charges
1	\$12,880 or less	\$12881 - \$15,456	\$15,457 - \$18,032	\$18,033 - \$23,184	\$23,185 - \$25,760	\$25,761 - \$32,200	\$32,201 - \$38,640	\$38,641 or more
2	\$17,420 or less	\$17,421 - \$20,904	\$20,905 - \$24,388	\$24,389 - \$31,356	\$31,357 - \$34,840	\$34,841 - \$43,550	\$43,551 - \$52,260	\$52,261 or more
3	\$21,960 or less	\$21,961 - \$26,352	\$26,353 - \$30,744	\$30,745 - \$39,528	\$39,529 - \$43,920	\$43,921 - \$54,900	\$54,901 - \$65,880	\$65,881 or more
4	\$26,500 or less	\$26,501 - \$31,800	\$31,801 - \$37,100	\$37,101 - \$47,700	\$47,701 - \$53,000	\$53,001 - \$66,250	\$66,251 - \$79,500	\$79,501 or more
5	\$31,040 or less	\$31,041 - \$37,248	\$37,249 - \$43,456	\$43,457 - \$55,872	\$55,873 - \$62,080	\$62,081 - \$77,600	\$77,601 - \$93,120	\$93,121 or more
6	\$35,580 or less	\$35,581 - \$42,696	\$42,697 - \$49,812	\$49,813 - \$64,044	\$64,045 - \$71,160	\$71,161 - \$88,950	\$88,951 - \$106,740	\$106,741 or more
7	\$40,120 or less	\$40,121 - \$48,144	\$48,145 - \$56,168	\$56,169 - \$72,216	\$72,217 - \$80,240	\$80,241 - \$100,300	\$100,301 - \$120,360	\$120,361 or more
8	\$44,660 or less	\$44,661 - \$53,592	\$53,593 - \$62,524	\$62,525 - \$80,388	\$80,389 - \$89,320	\$89,321 - \$111,650	\$111,651 - \$133,980	\$133,981 or more

SECTION III

The patient will not be referred for Medicaid/NJ FamilyCare/other governmental medical assistance programs. (Check all that apply):

____ monthly family income is too high ____ patient (child) is too old
 ____ patient unable to document alien status ____ not NJ resident
 ____ unqualified alien (entered after 8/96) ____ other _____

SECTION IV (this section to be completed by the patient)

Health Center staff have informed me about Medicaid/NJ FamilyCare/other governmental medical assistance programs. (Check only one below)

____ I understand that I/my dependent may qualify for one of the above referenced programs. I accept the referral and agree to apply for medical assistance.
 ____ I understand that I/my dependent does not qualify for any of the above referenced programs, consequently I/my dependent is not being referred for medical assistance.
 ____ I understand that I/my dependent may qualify for one of the above referenced programs. However, I am not interested in applying for any of the medical assistance programs at this time.

I attest that all information provided is truthful to the best of my knowledge.

 Signature of Patient/Guardian Date ____/____/____

 Signature of Health Center Staff Date ____/____/____