



Solicitud para HealthCare Connect

Envíe a 700 E Jefferson ST., Suite 100 Phoenix, AZ 85034

o
Fax (602) 288-7565

Dirección del domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
-------------------------	--------	--------	---------------

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------	--------	--------	---------------

Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Otro Teléfono
---------------------	----------------------	---------------

Suministre la información sobre los adultos en el hogar. (19 años de edad o mayores)

Preguntas	Adulto 1	Adulto 2
1. Nombre	Nombre: Segundo nombre: Apellido:	Nombre: Segundo nombre: Apellido:
2. Fecha de Nacimiento	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
3. # del Seguro Social		
4. Sexo		
5. Estado Civil		
	Nombre del conyuge: _____	Nombre del conyuge: _____
6. Raza		
7. Lugar de nacimiento	Estado _____.	Estado _____.
8. Estatus de Ciudadanía de los EE.UU.	# de ID de INS: _____ Fecha de entrada _____	# de ID de INS: _____ Fecha de entrada _____
9. ¿Tiene esta persona un seguro de salud?	Número de teléfono: _____	Número de teléfono _____
10. ¿Determinado ciego o discapacitado por SSA o VA?		

Suministre la información sobre los niños en el hogar. (menores de 19 años)

Preguntas	Hijo/a 1	Hijo/a 2	Hijo/a 3
1. Nombre	Nombre: Segundo nombre: Apellido:	Nombre: Segundo nombre: Apellido:	Nombre: Segundo nombre: Apellido:
2. Fecha de nacimiento	/ /	/ /	/ /
3. # del Seguro Social			
4. Sexo			
5. Estado Civil	Nombre del conyuge: _____	Nombre del conyuge: _____	Nombre del conyuge: _____
6. Raza			
7. Lugar de nacimiento	Estado _____.	Estado _____.	Estado _____.
8. Estatus de Ciudadanía de los EE.UU.	# de ID de INS _____ Fecha de entrada _____	# de ID de INS _____ Fecha de entrada _____	# de ID de INS _____ Fecha de entrada _____
9. ¿Tiene esta persona un seguro de salud?	Numero de teléfono _____	Numero de teléfono _____	Numero de teléfono _____
10. ¿Recibe este niño/a manutención de menores?			
11. Nombre de los padres o familiar viviendo con el niño/a	Relacion _____	Relacion _____	Relacion _____
12. ¿Determinado ciego o discapacitado por SSA o VA?			

¿Hay alguien en la solicitud que trabaja por cuenta propia?

Cual es el promedio del ingreso mensual antes de cualquier deducción? _____

Cual es el promedio mensual de gastos? _____

Por favor suministre cualquier otro ingreso para todas las personas nombradas en la solicitud.

Nombre de la persona que trabaja o que recibe ingresos	Tipo de ingreso	Nombre y dirección del patrón, agencia, o persona de la cual proviene el ingreso	Numero de teléfono del patrón, agencia o persona	Cada cuanto le pagan? (semanalmente, por quincena, mensualmente, anualmente, etc)	Ingreso bruto (antes de las deducciones) que recibe cada vez	Horas trabajada por semana	Cantidad por hora	Horas de tiempo extra trabajado por semana	Cantidad por hora por tiempo extra

¿Alguna persona incluida en esta solicitud espera un cambio en su ingreso en los próximos 6 meses?

Si si, quien, tipo de cambio, cuando, cantidad esperada

¿Alguna persona incluida en esta solicitud ha incurrido costos de hospital en los pasados 60 días?

¿Alguna persona incluida en esta solicitud tiene gastos de cuidado? (cuidado de niño(a), manutención de menores, cuidado dependiente)

Nombre de persona que recibe cuenta para cuidado	Persona(s) que recibe cuidado	Tipo de cuidado	Frecuencia (semanal, por quincena, mensualmente)	Cantidad Total

¿Cuáles son los gastos mensuales de vivienda y utilidades pagados por el hogar? (por favor llene esta página si esta interesado en estampilla de comida o asistencia de dinero)

Vivienda	Utilidades
Renta: _____	Electricidad: _____
Hipoteca: _____	Gasolina o propano: _____
Impuestos: _____	Carbón, aceite o madera: _____
Seguro: _____	Basura, alcantarilla, fosa séptica: _____
Cobras propietarios: _____	Agua: _____
Otro: _____	Teléfono: _____
	Otro: _____

¿Alguna persona incluida en esta solicitud es dueño(a) de una casa en Arizona?

¿Alguna persona incluida en esta solicitud es dueño(a) de otras casas, terrenos o casas móviles dentro o fuera de los Estados Unidos?

¿Alguna persona incluida en esta solicitud es dueño(a) de un vehículo(s)? (carro, camión, motocicleta, casas rodantes, botes, caravanas)

¿Alguna persona incluida en esta solicitud tiene cuentas de ahorros o cuentas de cheques?

¿Alguna persona incluida en esta solicitud tiene cuentas de IRA, KEOGH, indemnizaciones diferidas, planes de jubilación o pago de anualidad?

¿Alguna persona incluida en esta solicitud tiene cheques sin cobrar o dinero en efectivo?

Derechos Y Responsabilidades Del Afiliado

Tiene El Derecho A:

- Ser tratado con respeto y con dignidad por parte del personal de HealthCare Connect y también por parte de los profesionales médicos participantes.
- Obtener los servicios disponibles a través de HealthCare Connect sin tomar en cuenta su raza, origen étnico o nacional, sexo, o discapacidad.
- Cambiar su médico de cuidado primario (PCP). Tiene que avisar a HealthCare Connect si quiere hacer un cambio. Límite 2 veces por año.
- Hablar de sus inquietudes médicas con los profesionales que le proporcionan asistencia médica.
- Hacer preguntas y obtener información sobre diagnóstico, tratamientos y resultados esperados de dichos tratamientos, así como participar en las decisiones sobre su asistencia médica.

Es Su Responsabilidad:

- Tratar al personal de HealthCare Connect y a los profesionales médicos participantes con respeto y dignidad.
- Guardar su tarjeta de afiliación. Debe mostrar su tarjeta de HealthCare Connect a su médico de cuidados primarios (PCP), especialistas, el hospital y a otros profesionales médicos antes de recibir asistencia médica.
- Pagar al médico PCP, al especialista, al hospital y a otros profesionales médicos en el momento de recibir los servicios.
 1. Las cuotas de servicio cuidados primarios pueden variar. Pongase en contacto directo con la clínica para saber la cuota correspondiente.
 2. Las cuotas para los servicios de médicos especialistas son \$50.00 para la consulta. Servicios para otros procedimientos o pruebas se descuentan según los precios convenidos.
 3. Las cuotas para hospitalización son de \$400.00 a \$600.00 por día con un límite de \$2,000.00 por ingreso. (Las cuotas incluyen solamente los gastos de la estancia en el hospital. Puede haber gastos adicionales, como cuotas de médico)
- Informe inmediatamente a HealthCare Connect, su médico PCP, y a los especialistas que le cuidan si cambia su cobertura de seguro médico, sus ingresos, o su empleo, y **también si cambia usted de domicilio o teléfono**.
- Rogamos llamar al profesional médico con por lo menos 24 horas de antemano si quiere cancelar o cambiar su cita. Si no se presenta a la cita, **se le cobrará una cuota de \$25.00 por no presentarse**.
- Miembros pagan una cuota anual **no reembolsable** de \$50.00 por una persona o \$100.00 para familias de dos o más.
- **Si no cumple con estas responsabilidades, se terminará su afiliación con el programa HealthCare Connect.**

HealthCare Connect no es responsable por los servicios y la calidad de la asistencia facilitada por los hospitales, médicos y otros profesionales de la red. No se exige a los afiliados usar los médicos contratados con HealthCare Connect, a menos que el afiliado quiera recibir servicios con descuento.

Por lo presente autorizo a HealthCare Connect y a sus empleados autorizados, agentes, contratistas independientes, y profesionales participantes en HealthCare Connect a divulgar y obtener de médicos, profesionales, hospitales, clínicas y otras instalaciones médicas o instalaciones afiliadas con la medicina, mi información de afiliación en HealthCare Connect y la información de mi historial médico.

Firma del solicitante, adulto responsable o representante autorizado

Fecha

Con firmando como el esponsor del aplicante yo comprendo que estoy aceptando completa responsabilidad por la cuota de inscribir y pagos a los proveedores de salud por cualquier servicios médico recibido por el aplicante.

Firma del Esponsor

Fecha

Antes de enviar la solicitud por favor asegurese de lo siguiente:

- Conteste todas las preguntas en la solicitud.
- Su número de teléfono y dirección postal esta en la solicitud.
- Envíe prueba de su dirección. (Recibo de teléfono o luz)
- Envíe prueba de ingreso. (Talones de cheques)
- Firme la solicitud.
- Si tienes preguntas llame a HealthCare Connect al (602) 288-7564.