

Natividad Medical Center – Financial Counseling Unit

1. Applicant: _____ M F DOB: _____ SSN#: _____
2. Address: _____ City: _____ Zip Code: _____
Mailing Address: _____ City: _____ Zip Code: _____
3. Phone number to reach you at: Home Cell Work Message Number: () _____ - _____
4. Marital Status: Single Married Separated Divorced Widowed Registered Domestic Partner
5. Birth Place: _____ 6. Are you a legal resident of the U.S.? Yes No
7. Are you a student? Yes No ...if yes, are you currently receiving Financial Aid? Yes No
8. Are you pregnant? Yes No ...if yes, are you currently covered under Medi-Cal? Yes No
9. List all persons currently living in your home: **(For additional family, please notify the worker)**
- Name: _____ DOB: _____ Relationship: _____
- Name: _____ DOB: _____ Relationship: _____
- Name: _____ DOB: _____ Relationship: _____
- Name: _____ DOB: _____ Relationship: _____

Employment/Income Information

10. Are you currently employed? Yes No ...If yes, how often paid? Weekly Bi-Weekly Monthly
Name of Employer(s): _____
11. Is your spouse currently employed? Yes No ...If yes, how often paid? Weekly Bi-Weekly Monthly
Name of Employer(s): _____
12. Are you or your spouse self-employed? Yes No ...If yes, type of work: _____
13. Are you or your spouse receiving Unemployment, State Disability or Worker's Compensation? Yes No
14. Are you receiving: G.A./Public Assistance Food Stamps Child Support Spousal Support Pension Retirement None

Financial/Bank Account/Assets Information

15. Motor Vehicles: (None) **(If you own more than one vehicle, please notify the worker)**
- Make: _____ Model: _____ Year: _____ Paid off? Yes No
- Make: _____ Model: _____ Year: _____ Paid off? Yes No
16. Bank Accounts: (None) **(If you own more than on account, please notify the worker)**
- Checking Savings - Name of Bank: _____ Shared account(s)? Yes No
- Checking Savings - Name of Bank: _____ Shared account(s)? Yes No
- Checking Savings - Name of Bank: _____ Shared account(s)? Yes No
17. Do you or your spouse own any personal/private property, land and/or commercial building(s)? Yes No
...If yes, has any of these items listed above been sold or transferred in the last two (2) years? Yes No
18. Have you received any settlement or lump sum payments within the last two (2) years? Yes No
19. Do you own or are covered under private insurance? Yes No ...If yes, check the options below that apply to you:
- Health Insurance Auto Insurance Life Insurance V.A. Insurance Other
- Name of Agency: _____
20. Do you own: Stocks/Bonds Trust Funds IRA 401K CD Account Burial Reserve None

Household Information

21. Do you pay a mortgage? Yes No Amount: \$ _____

Do you pay rent? Yes No Amount: \$ _____

22. Are you receiving free housing or work in exchange for free housing? Yes No ... If yes,
Name of your provider: _____ Relationship: _____

Medical Information

23. Reason for applying for medical assistance:

- Prescription Emergency Room Visit - Date: ____/____/____
- Labs/Diagnostic Imaging Inpatient Stay - Date: ____/____/____
- Specialty Clinic Services/Surgery Other: _____

24. Name of your primary care doctor or clinic: _____

25. When or where is your next medical appointment: _____

26. What is your medical problem to which you are applying for: _____

27. Have you had any injuries within the past ten (10) years? Yes No ...If yes, describe your injury below:

a) Auto Accident(s), Work's Comp., or any other injury: **(if more than one injury please notify worker)**
Date of Injury: _____ Type of Injury: _____

b) Was there a settlement? Yes No ...If yes, date settled: _____ Amount of Settlement: _____

28. Are you considered to be permanently disabled or disabled for more than one (1) year? Yes No

29. Have you applied for benefits under the U.S. Social Security Administration or for Medi-Cal (DED) Disability benefits? Yes No

a) If yes, date of application: _____, and status of case: **(Check the options below)**
 Pending Approved/Date: _____ Appeal/Date: _____ Denied/Date: _____

I declare under penalty of perjury that the above statements are true and correct. I understand that I may be asked to prove my statements and that my statements are subject to verification by contact. I also understand that if I purposely give false statements or withhold any information, I will be discontinued (the applicant) under the program and I can be prosecuted for fraud by the result of my actions.

Applicant's Signature: _____ Date: _____

COUNTY USE ONLY

Charity Care Discount Hospital Presumptive Eligibility (HPE) Monterey County Medical Service Program

ID# _____ Eligibility Period: ____/____/____ - ____/____/____

CA/ID LPR Card Citizenship SS Card on file BC on file Passport Rep. Form Power of Attorney

Family Size: _____ Ethnicity: _____ Representative's Name: _____

Free Housing Provider's ID on File Mortgage Rental Amount: \$ _____ Taxes on file/Year: _____

Pending Granted Eligibility Referred to HIGHMED Denied

Full Scope SOC: \$ _____ Restrictions: _____

EW: _____ Date: _____

Applicant Right & Responsibilities

Persons Requesting Medical Assistance Through The FCU Programs Have The Following Rights:

1. The right to request for an interpreter.
2. The right to be treated fairly and equally regardless of race, color, religion, national origin, age or political beliefs.
3. The right to apply for financial assistance for medical care and to be informed in writing of non-approval for the Monterey County Medical Service programs or the Financial Counseling Unit programs, even if the program representative determines that the applicant may not qualify.
4. The right to review information containing the rules and regulations of the Monterey County Medical Services Programs and the Financial Counseling Unit programs.
5. The right to have all personal information given to the Financial Counseling Unit held confidential under the HIPAA Privacy Rule Act.
6. The right to speak to a Social Service worker about other public and private services or resources which may be available to you.
7. The right to appeal any action taken by the Financial Counseling Unit.

The Applicant Has The Responsibility To Notify The Financial Counseling Unit Within 10 Days Whenever:

1. The residence and or mailing address of the applicant has changed.
2. If when the applicant receives, transfers, sells or donates any of their personal properties (such as a car, house, insurance payments, etc.).
3. An absent child or parent returns to the home.
4. The applicant's domestic partner or wife becomes pregnant.
5. A minor child is adopted by the applicant or is awarded legal guardianship over a minor.
6. The applicant becomes physically or mentally impaired.
7. The applicant applies for Social Security benefits under the Department of Social Security Administration.
8. The applicant is awarded benefits through the: Department of Social Security Administration, Veterans Administration or under the Railroad Retirement Programs.

The Applicant Has The Responsibility To:

1. Apply for and provide a Social Security card.
2. Apply for health care resources that may be available to the applicant and notify a representative from the Financial Counseling Unit department of such application.
3. Apply for any income which may be available to applicant.
4. Report any health care coverage that the applicant is entitled to use or receives before using the eligibility under the Monterey County Programs.
5. Report any injuries and accidents. This includes: self-injuries, injuries under Worker's Compensation, Motor Vehicle Accidents, assaults, etc.
6. Report any health care services received as a result of an accident or injury caused by a third party.
7. Reimburse the county for health care services received through the Monterey County programs when a payment has been given due to an injury or accident to which you are applying for.
8. Provide legal documentation of a written authorization representing or acting on behalf of the applicant's private affairs, in case the applicant becomes unavailable or incoherent due to a medical reason.

Applicant's Declaration

I declare that the rights and responsibilities have been presented to me.

I declare that I fully understand my responsibilities and will fulfill with the requirements as mentioned above.

I declare under penalty of perjury that the answers given on my application under the Monterey County Medical Service Programs and/or under the Financial Counseling Unit programs are actual fact and truthful to the best of my knowledge.

I understand that I may be asked to prove my statements and that my statements are subject for verification by contact through my employer, personal bankers, credit agencies, property searches, etc.

I realize that if I deliberately make false statements or withhold any information, I will be discontinued under the program and/or prosecuted for fraud as a result of my actions.

I understand that I may be contacted by a representative of the Financial Counseling Unit to start the process for a Medi-Cal application and that I will fully cooperate with Medi-Cal in the application process. Failure to do so, it will result in a retroactive denial for the Monterey County Medical Service Programs and for the Financial Counseling Unit programs.

I hereby authorize the Financial Counseling Unit, to obtain and release medical, financial and eligibility information which is necessary to determine eligibility, process claims or to perform utilization review and for case management.

A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

Signature of Applicant: _____

Date: _____

Print Name: _____

Signature of Representative: _____

Date: _____

Print Name: _____

Signature of Eligibility Worker: _____

Date: _____

Print Name: _____

Centro Medico Natividad – Departamento de Consejería Financiera

1. Solicitante: _____ M F Fecha de Nacimiento: _____ No. de SS: _____

2. Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

3. Número de teléfono para llamar: Casa Celular Trabajador Mensaje Numero: () _____ - _____

4. Es usted: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Pareja Domestica Registrada

5. Lugar de Nacimiento: _____ 6. ¿Es usted un residente legal de los EE.UU.? Sí No

7. ¿Es usted un estudiante? Sí No ...Si es "Sí", ¿Está recibiendo ayuda financiera? Sí No

8. ¿Usted está embarazada? Sí No ...Si es "Sí", ¿Tienes cobertura con Medi-Cal? Sí No

9. Lista todas las personas que viven en su casa: **(Si hay personas adicionales, por favor notifique al trabajador)**

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Información de Empleo/Ingresos

10. ¿Está usted empleado(a)? Sí No ...Si es "Sí", con qué frecuencia le pagan: Semanal Quincenal Mensual

Nombre del empleador: _____

11. ¿Está su esposo(a) empleado(a)? Sí No ...Si es "Sí", con qué frecuencia le pagan: Semanal Quincenal Mensual

Nombre del empleador: _____

12. ¿Usted o su esposo(a) trabaja por su propia cuenta? Sí No ...Si es "Sí", tipo de trabajo: _____

13. ¿Usted o su esposo(a) están recibiendo Desempleo, Discapacidad del Estado o Compensación de los trabajadores? Sí No

14. ¿Está recibiendo: Asistencia Publica Manutención de hijos Manutención conyugal Estampillas Pensión Retiro Ninguno

Información de Financiero/Cuenta Bancaria/Bienes

15. Vehículos/Automóviles: Ninguno **(Si hay más de un vehículo, por favor de informar a la trabajador(a))**

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ ¿Pagado? Sí No

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ ¿Pagado? Sí No

16. Cuentas Bancarias: Ninguno **(Si hay más de una cuenta bancaria, por favor de informar a la trabajador(a))**

Cheques Ahorros / Nombre del Banco: _____ ¿Cuenta(s) compartida? Sí No

Cheques Ahorros / Nombre del Banco: _____ ¿Cuenta(s) compartida? Sí No

Cheques Ahorros / Nombre del Banco: _____ ¿Cuenta(s) compartida? Sí No

17. ¿Usted o su esposo(a) son propietarios de cualquier propiedad personal/privado, terrenos y/o edificios comerciales? Sí No

...Si es "Sí", ¿Estos elementos mencionados anteriormente se han vendido o transferido en los últimos dos (2) anos? Sí No

18. ¿Ha recibido algún pago de liquidación o de sumas globales dentro de los últimos dos (2) anos? Sí No

19. ¿Eres propietario o está cubierto por un seguro privado? Sí No ...Si es "Sí", marque las opciones que se aplican a usted:

Seguro de Salud Seguro de Auto Seguro de Vida Seguro de V.A. Otro

Nombre de la Agencia: _____

20. ¿Usted poseer: IRA 401K Acciones/Bonos Fondos Fiduciarios Cuenta de CD Reserva Entierro Ninguno

Información del Hogar

21. ¿Paga hipoteca? Sí No Cantidad: \$ _____

¿Paga renta? Sí No Cantidad: \$ _____

22. ¿Está recibiendo vivienda gratis o de trabajo gratuito a cambio de vivienda libre? Sí No ... Si es "sí",

Nombre de su proveedor: _____ Relación: _____

Información Médica

23. La razón para la solicitud de asistencia médica:

Medicamentos

Visita a la sala de Emergencia: ____/____/____

Laboratorios/Imágenes de Diagnostico

Hospitalización - Fecha: ____/____/____

Citas con la Clínica de Especialidades/Cirugía

Otro: _____

24. Nombre de su médico de atención primaria o clínica: _____

25. Cuando o donde está su próxima cita médica: _____

26. Cuál es su problema médico que usted está solicitando: _____

27. ¿Ha tenido alguna lastimadura dentro de los últimos diez (10) anos? Sí No ... Si es "Sí", continuar con el siguiente:

a) Accidente de Auto, Compensación de trabajadores, o cualquier otra lesión: **(Si hay más de una lesión, por favor de informar a la trabajadora)**

Fecha de lesión: _____ Tipo de lesión: _____

b) ¿Hubo un asentamiento? Sí No ... Si es "Sí", fecha de adjudicación: _____ Monto del asentamiento: _____

28. ¿Se le considera estar deshabilitado durante más de un (1) ano o permanente incapacitado? Sí No

29. ¿Ha solicitado beneficios del Administración de la Seguridad Social o aplicado para beneficios de discapacidad con Medi-Cal? Sí No

a) Si es "Sí", fecha de aplicación: _____, y estado del caso: **(Marque las opciones a continuación)**

Pendiente Aprobado/Fecha: _____ Apelación/Fecha: _____ Negado/Fecha: _____

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que se me puede pedir que demuestre mis declaraciones y que mis declaraciones estén sujetas a verificación por parte de contacto. También entiendo que si doy deliberadamente declaraciones falsas o retengo información, seré discontinuado (solicitante) bajo el programa y puedo ser procesado por fraude por el resultado de mis acciones.

Firma del Solicitante o Representante: _____ Fecha: _____

Unidad de Consejería Financiera

Charity Care Discount Hospital Presumptive Eligibility (HPE) Monterey County Medical Service Program

ID# _____ Eligibility Period: ____/____/____ - ____/____/____

CA/ID LPR Card Citizenship SS Card on file BC on file Passport Power of Attorney Rep. Form

Family Size: _____ Ethnicity: _____ Representative's Name: _____

Free Housing Provider's ID on File Mortgage/ Rental Amount: _____ Taxes on file/Year: _____

Pending Granted Eligibility Referred to HIGHMED Denied

Full Scope SOC: \$ _____ Restrictions: _____

EW: _____ Date: _____

Derechos del Solicitante y Responsabilidades

Personas Que Solicita Asistencia Médica A Través De Los Programas Tiene Los Sigüientes Derechos:

1. El derecho de solicitar un intérprete.
2. El derecho de ser tratado justamente y equitativamente sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, edad o creencias políticas.
3. El derecho a solicitar asistencia financiero para la atención medica y de ser informado por escrito de no aprobación para los programas de Servicio Médico del Condado de Monterey o de la Unidad Consejería Financiera, incluso si el representante del programa determina que el solicitante no califica.
4. El derecho de revisar la información que contiene las reglas y regulaciones de los programas de Servicio Médico del Condado de Monterey y de la Unidad Consejería Financiera.
5. El derecho a que toda la documentación personal dado a la Unidad de Consejería Financiera mantenga confidencial bajo la ley de privacidad (HIPAA).
6. El derecho a hablar con un trabajador de Servicios Sociales acerca de otros servicios públicos y privados o recursos que pueden estar disponibles para usted.
7. El derecho a apelar cualquier acción tomada por la Unidad de Consejería Financiera.

El Solicitante Tiene La Responsabilidad De Notificar A La Unidad De Consejería Financiera Dentro De Diez (10) Días Cuando Sea:

1. La residencia y/o dirección de envío del solicitante ha cambiado.
2. Si cuando el solicitante recibe, transfiere, vende, dona o regala sus propiedades personales (tal como un automóvil, casa, pagos de seguros, etc.).
3. Un niño o padre ausente regresa a la casa.
4. La pareja o esposa del solicitante se convierte embarazada.
5. Un menor de edad es adoptado por el solicitante o recibe una tutela legal del menor.
6. El solicitante se convierte mental o físicamente incapacitado.
7. El solicitante aplico con el departamento de Administración de la Seguridad Social para los beneficios de incapacidad.
8. El solicitante recibe beneficios bajo la: Administración de la Seguridad Social, Administración de Veteranos o en el programa de Jubilación Ferroviaria.

El Solicitante Tiene La Responsabilidad De:

1. Solicitar y proveer la tarjeta del Seguro Social.
2. Aplicar para los recursos de atención de salud que pueden estar disponibles para el solicitante y notificar a un representante del departamento de la Unidad de Consejería Financiera de la tal solicitud.
3. Aplique para cualquier ingreso que pueda ser disponible para el solicitante.
4. Reportar cualquier cobertura de atención medica que el solicitante tiene el derecho a utilizar o el solicitante es elegible bajo los programas del Condado de Monterey.
5. Reportar cualquier herida y accidentes. Esto incluye: autolesiones, lesiones bajo del Compensación de Trabajadores, Accidentes de Vehículos, asaltos, etc.
6. Reportar cualquier servicio de atención medica recibidos por un accidente o daño causado por un tercero parte.
7. Reembolsar al condado por los servicios de salud recibidos a través de los programas del Condado de Monterey o de la Unidad de Consejería Financiera, cuando un pago se ha dado debido a una lesión o accidente a la que usted está solicitando.
8. Proporcionar la documentación legal de una autorización escrita que representa o que actúe en nombre de los asuntos privados del solicitante, en caso de que el solicitante no se encuentra disponible o incoherente debido a uno razón médica.

Declaración Del Solicitante

Declaro que los derechos y responsabilidades se han presentado a mí.

Declaro que entiendo plenamente mis responsabilidades y cumpliré con los requisitos como se menciona anteriormente.

Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas dadas en mi solicitud debajo de los programas de Servicio Médico del Condado de Monterey y de la Unidad de Consejería Financiero, son un hecho actual y verdadero al mejor de mi conocimiento.

Entiendo que se puede pedir comprobantes sobre mis declaraciones y que mis declaraciones están sujetas a verificación por contacto a través de mi empleador, banqueros personales, los organismos de crédito, búsquedas de propiedad, etc.

Doy cuenta de que si deliberadamente hago declaraciones falsas o retengo información, seré discontinuado bajo el programa y/o procesado por fraude en dado resultado de mis acciones.

Entiendo que puedo ser contactado por un representante de la Unidad de Consejería Financiero para iniciar el proceso sobre una aplicación de Medi-Cal y que voy a cooperar plenamente con Medi-Cal en el proceso de solicitud. Falla en hacerlo, el resultado será una negación retroactiva para los programas de Servicio Médico del Condado de Monterey y de la Unidad de Consejería Financiero.

Por el presente autorizo a la Unidad de Consejería Financiera de obtener y/o entregar información medica, incluyendo información de mi finanzas y elegibilidad para el proceso de reclamaciones. Entiendo que esta información es necesaria para determinar la elegibilidad y para llevar a cabo la revisión de utilización para el manejo de casos

Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Firma del Representante: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Firma del Trabajador(a): _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____