



ES TIEMPO DE RENOVAR!!

NUEVO PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

USTED DEBERA ENVIAR POR CORREO O TRAER LA SIGUIENTE INFORMACION A NUESTRA OFICINA

1. Una aplicación por la familia es requerida. (Madre, el padre, y los niños bajo 18 años de la edad)
2. Ahora se requiere el pago de \$20 por familia, no reembolsables. Por favor incluya una MONEY ORDER por este valor a nombre de Care Ring. Usted puede también traer su paquete de renovación a nuestras oficinas y pagar los \$20 en efectivo.
3. Lea, complete y firme la aplicación y todas las formas adjuntas.
4. Envíe por correo la aplicación, las formas y copias de sus documentos a nuestras oficinas de Physicians Reach Out.
5. **Fecha de vencimiento:** Deberá ser recibido a más tardar el día

*****NO ENVIE EFECTIVO EN EL CORREO*****

Nuestras Oficinas estan localizadas en la siguiente dirección:

601 E 5th Street Suite 150
Charlotte, NC 28202
704-375-0172
www.careringnc.org

Gana una tarjeta de regalo de Walmart por \$25

Regresa tu solicitud de renovación completa, el pago y los documentos necesarios en la fecha de vencimiento y entrarás en el sorteo para ganar una tarjeta de regalo de Walmart por \$25.

Se notificará al ganador.



DOCUMENTACION DE INGRESOS REQUERIDA

La siguiente documentación debe ser adjuntada a la aplicación, sin excepción alguna. No serán aceptados los Originales . **DEBEN PROVEER TODAS LAS COPIAS.** Los documentos no serán retornados.

- Prueba de Residencia Legal en los Estados Unidos (tarjeta de residencia permanente, certificado de nacimiento en los EE. UU. o pasaporte Americano).
- La mayoría de los Estados del banco Actuales para usted y/o su cónyuge (Verificando y Cuenta de Savings)
- Carta de Soporte *con valor monetario por costo mensual de vida*
- Dos (2) cheques/colillas de pago actuales y consecutivos por cada uno de los miembros de la familia que trabaje por todos los trabajos que tenga, tiempo completo, medio tiempo, por temporada, temporal y free-lance. Deben mostrar el total (antes de impuestos) y el neto (después de impuestos retenidos) del pago
 - Si los cheques de pago o colillas no pueden ser provistas, deberá traer una carta de su empleador especificando el Total y el Neto Ganado, en carta con membrete original, firmada y con fecha actual.
 - Si está haciendo trabajos varios, una certificación por escrito indicando el promedio de ingresos mensuales por esos conceptos.
 - Negocio Propio/Trabaja para sí mismo: Lista detallando Ingresos y Egresos por 3 meses consecutivos
- Documentación de los siguientes beneficios:
 - Seguro Social, Desempleo, Incapacidad, Retiro, Pensión, Welfare, Estampillas de Comida/EBT, Sección 8, HUD, Asistencia para el pago de su casa,

SI TENEMOS ALGUNA PREGUNTA PRO LO CONTACTARA

Apellido		Nombre		Inicial	Seguro Social	
Fecha de Nacimiento: mm/dd/aaaa		Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Raza	
Dirección				P. O. Box (solo para correo)		
Ciudad		Estado		Código Postal		
Teléfono de Casa	Teléfono Alternativo		Teléfono Celular		Teléfono del Trabajo	
Nombre del Doctor del Aplicante				Nombre del Especialista del Aplicante		
Nombre del Doctor del Cónyuge				Nombre del Especialista del Cónyuge		
Nombre del Pediatra				Nombre del Especialista del Niño		
Nombre del Contacto de Emergencia			Relación		Teléfono	
Idioma			¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Asilo para Indigentes <input type="checkbox"/> Vive con Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Sin hogar				Vive en el Condado de Mecklenburg: _____ años _____ meses		
Nombre de la Cabeza de Familia (Por favor dejar en blanco)			Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión Libre		N° Miembros de la Familia:	

Lista de Miembros de la Familia (SOLO CONYUGE Y NIÑOS BAJO 18 AÑOS DE la EDAD)

Apellido	Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento mm/dd/aa	Sexo F/M	Estado Civil	Raza	SS # o W-7	¿Está aplicando por esta persona?
1.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

8.			/ /					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	--	--	-----	--	--	--	--	---

EGRESOS (Mensuales)	
<i>Escriba por favor dólar cantidad de gastos</i>	
Renta/Mensualidad de Casa	\$
Agua	\$
Gas/Electricidad	\$
Teléfono (bajo su nombre)	\$
Cable/Direct TV/Dish	\$
Internet	\$
Pago Mensual de Vehículo	\$
Seguro Mensual de Vehículo	\$
Comida	\$
Gasolina	\$
La MANUTENCION DE HIJOS (PAGANDO)	\$
Impuestos a la Propiedad (dividido en 12)	\$
Seguro de Casa (dividido en 12)	\$
Total Mensual de Egresos	\$

Firma del Aplicante

Firma del Cónyuge

Día ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

Para completar únicamente por Empleador

Por favor responder las siguientes preguntas en referencia a su empleado

Nombre de Empleado: _____

1. ¿Es actualmente ofrecido **SEGURO DE SALUD** para su empleado(a) a través de su compañía? **Sí** **No**

Si la pregunta es **NO**, será elegible en una fecha futura? **Sí** **No**
En qué día? ____/____/____

2. Si el Seguro de Salud es disponible actualmente o en un futuro, es disponible para el resto de los miembros de la familia? **Sí** **No**

3. ¿Cuándo es la fecha de Apertura para la Inscripción? ____/____/____

4. Si el empleado decide inscribirse en el Plan de Salud, ¿Cuándo sería efectivo el mismo? ____/____/____

5. ¿Cuánto sería el valor Mensual del Premium?

Individual \$ _____ **Familiar** \$ _____

6. ¿Cuánto sería el valor del Deducible?

Individual \$ _____ **Familiar** \$ _____

POR FAVOR ADJUNTE EL SUMARIO DE BENEFICIOS POR CADA PLAN

Día: ____/____/____

Nombre del Manager _____

Firma del Manager: _____

Por favor Recuerde Adjuntar su Tarjeta de Presentación o Estampilla del Negocio

HEALTH INSURANCE INFORMATION REQUEST

To be completed by Employer Only

Please answer the following questions regarding the employee:

Employee Name: _____

1. Is **HEALTH INSURANCE** currently available for his/her purchase through the company?
 Yes No

If the answer is NO, will he/she be eligible on a future date? Yes No
On What Date? ____/____/____

2. If the health insurance is available currently or in the future, is it also available for purchase for his/her family members? Yes No

3. When is Open Enrollment Season for health insurance through the company? ____
 / ____ / ____

4. If employee chooses to enroll in the insurance plan through the company, what date will the insurance take effect? ? ____/____/____

5. How much would the Monthly Premium be?

Individual \$ _____ **Family** \$ _____

6. How much would the Deductible be?

Individual \$ _____ **Family** \$ _____

PLEASE ATTACH THE SUMMARY OF BENEFITS FOR EACH PLAN

Date: ____/____/____

Manager's Name _____

Manager's Signature: _____

Please Remember to Attach Your Business Card or Business Stamp!!

CARTA DE SOPORTE

Fecha: _____

Yo, _____ (nombre de la persona que le brinda el apoyo) certifico que pago la renta y servicios (electricidad, teléfono, agua) a favor de _____ (nombre de la persona beneficiada). A la vez aclaro que no soy responsable financieramente del pago de sus deudas ni estoy en condiciones de suministrarle sus medicinas. Yo le proveo vivienda y/o comida por el valor de \$ _____ al mes (valor del apoyo).

Firma

Nombre y Apellido

Dirección

Teléfono

LETTER OF SUPPORT

Date: _____

I, _____ (name of person providing support),
pay rent and utilities on behalf of *or* for _____ (person
being supported). I am not financially responsible for his /her bills or able to buy his /her
medications. I provide room and board in the amount of \$ _____ per month (dollar value
of support).

Signature

Printed Name

Address

Phone Number



**Por favor tome unos minutos para completar esta encuesta de satisfacción.
Agradecemos su opinión acerca de nuestro programa.**

1. Cómo se enteró de Physicians Reach Out?
 - Departamento de Servicios Sociales
 - Clínica de pagos por escala
 - Nombre de la Clínica: _____
 - My Doctor / Enfermera
 - Nombre del Doctor o Enfermera _____
 - Familiares o amigos
 - Otros, favor explique:

2. Cuánto tiempo ha estado en el programa Physicians Reach Out ?
 - 0 – 6 meses
 - 6 – 12 meses
 - 1 – 2 año
 - 2 – 4 años

3. Le gustaría referir a un amigo o familiar a el programa Physicians Reach Out ?
 - Si
 - No
 - Si la respuesta es **no**, favor explicar por qué no?

4. Si Physicians Reach Out no hubiera sido disponible para usted, qué habría hecho para cuidar de su salud?
 - Usar la sala de Emergencia para ver a un doctor, pagando o no, por los servicios.
 - Hacer arreglos de pagos con mi doctor actual.
 - Nada. Mis recursos son limitados para recibir cuidado de mi salud sin ayuda del programa de Physicians Reach Out.

5. Cómo adquiere sus medicinas formuladas por su doctor? (Marque la que se aplique a su caso.)
 - MedAssist
 - Farmacia Local
 - Nombre de la Farmacia: _____
 - No estoy consiguiendo mis medicinas formuladas.
 - Otro: _____

6. Por qué usted NO consigue sus medicinas formuladas?
 - No tengo suficiente dinero
 - No se a dónde ir
 - MedAssist es un programa difícil de conseguir
 - Realmente no necesito medicinas

Lo siguiente son evaluaciones. Por favor especifique qué tanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con estas evaluaciones. Por ejemplo, colocando un círculo en el número "5" indica que usted está completamente de acuerdo.

7. Aplicar a PRO fue un proceso fácil.	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
8. Renovar en PRO es un proceso fácil.	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
9. Los empleados de PRO son amables y colaboradores	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
10. Siento que todo es sencillo con el apoyo de los empleados de PRO.	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
11. Contactar a los empleados de PRO es normalmente sencillo.	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
12. El médico general que me han asignado, me trata con respeto.	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
13. Los empleados del consultorio del médico general asignado, me tratan con respeto.	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
14. El empleados del consultorio del medico general asignado, conocen a fondo acerca del programa.	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
15. Los especialistas que me han asignado me tratan con respeto. (Si usted ha tenido que visitar alguno).	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
16. Me siento confortable con los especialistas que participan en PRO.	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
17. Yo he recibido del especialista el tratamiento adecuado que he necesitado.	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺
18. Conseguir la medicina que necesito es fácil y no es costosa.	1 ☹	2	3 ☺	4	5 ☺

Por favor siéntase libre de escribir los comentarios adicionales que desee, en la parte de abajo. Gracias por su tiempo.