

Formulario de Elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera

Estas preguntas le ayudarán a identificar la prueba de ingresos que deberá proporcionar.

1. Está usted casado/a? ☐ Sí – Continúe a la Pregunta 2 ☐ Pase a la Pregunta 3

2. Su cónyuge recibe ingresos mensuales?

☐ Sí – Debe incluir los ingresos de su cónyuge – Continúe a la Pregunta 3 ☐ No – Continúe a la Pregunta 3

3. Información del Hogar

Cuántas personas viven en el hogar (sin incluirse a usted)? _____

Enumere los nombres, edades y relación:

Nombre	Edad	Relación

4. Cuántas personas en el hogar reciben ingresos mensuales? (Se requiere prueba para cada persona) _____

5. Actualmente está trabajando?

☐ Sí – Por favor traiga sus dos últimos talones de pago o una carta de su empleador en papel membretado de la empresa que incluya: su nombre, su Número de Seguro Social (SSN), cuántas horas trabaja cada semana y su salario por hora. → Pase al final del formulario.

☐ No – Continúe a la Pregunta 7

6. Recibe beneficios de desempleo?

☐ Sí – Traiga prueba del monto recibido.

(Nota: Una carta de negación de desempleo no es una prueba válida de ingresos.) → Pase al final del formulario

☐ No – Continúe to Question 8

7. Si no está trabajando ni recibiendo beneficios de desempleo, ¿alguien más lo/la está apoyando económicamente?

☐ **Sí** – Use la carta de apoyo incluida en este paquete. La carta debe estar **notariada** y ser completada por la persona que le brinda apoyo. También debe traer **la prueba de ingresos de esa persona** junto con la carta. (Nota: Esta carta no puede ser de un cónyuge). → **Pase al final del formulario.**

☐ No – Continúe a la Pregunta 8

8. Si ninguna de las opciones anteriores aplica, ¿cómo está siendo apoyado/a financieramente en este momento?

(Marque todas las que correspondan)

☐ Viviendo de ahorros o de una cuenta corriente — Proporcione sus últimos 2 meses de estados de cuenta bancarios (deben mostrar todos los depósitos y retiros).

☐ Viviendo en una casa de recuperación / refugio — Traiga una carta en papel membretado del centro o una carta notariada.

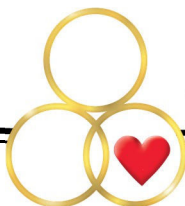
☐ Cheque de jubilación — Traiga prueba de la cantidad mensual recibida.

☐ Seguro Social por discapacidad — Traiga prueba de la cantidad mensual recibida.

☐ Manutención infantil / pensión alimenticia — Traiga prueba del monto recibido.

☐ Ninguna de las anteriores — Debe llamar a esta oficina antes de su próxima cita para saber qué prueba de ingresos debe traer.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____



CIRCLES OF CARE INC.

Your Choice for Quality Behavioral Healthcare Services

For office use only:

Client ID: _____

Esta carta es para certificar que _____

(Nombre completo de la persona residente)

Su relación conmigo es _____

Importante: Esta carta no puede ser completada por un cónyuge ni por la propia persona.

Responsabilidad financiera

En este momento, soy financieramente responsable de esta persona de las siguientes maneras (marque todas las que correspondan) (Se requiere prueba de ingresos de la persona que hace esta declaración).

- ☐ Proporciono **únicamente Vivienda**
- ☐ Pago todas **las necesidades básicas de vida** (comida, ropa, etc.)
- ☐ Pago todas **las facturas**, incluidas las visitas médicas y las recetas médicas

Reconocimiento

Entiendo que, de conformidad con la Sección 817.50 de los Estatutos de Florida, proporcionar información falsa para defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes o servicios constituye un delito menor de segundo grado.

Además, reconozco que las cartas de un cónyuge a otro, o las cartas escritas por la propia persona, no son válidas y no serán aceptadas como prueba de ingresos.

Firma de la persona que brinda apoyo: _____

Nombre en letra de molde: _____ **Fecha:** _____

Número de teléfono: _____

Sección del Notario

State of Florida,

County of _____

The foregoing instrument was acknowledged before me on this _____ day

of _____ 20_____, by _____

who is personally known to me or who has produced _____ as identification.

Notary's Signature

Name of Notary (Typed, Printed, or Stamped)

SEAL _____

Cómo solicitar Medicaid

Entendemos que solicitar Medicaid puede resultar abrumador, y queremos hacer que el proceso sea lo más sencillo posible para usted. A continuación, encontrará una guía paso a paso para ayudarlo a comenzar, junto con una lista de los documentos que deberá traer cuando presente su solicitud.

Formas de solicitar

1. En línea a través del Portal MyACCESS:

Utilice el Portal de Autoservicio MyACCESS / Oficina de Autosuficiencia Económica del DCF de Florida para solicitar, cargar documentos o verificar el estado de su solicitud [MyFLFamilies](#)

2. En un Socio Comunitario del DCF

Centro de Servicio al Cliente: Puede solicitar en persona en las ubicaciones de socios comunitarios, en los centros de servicio al cliente del DCF.

3. Solicitud en papel

Descargue, imprima y complete el formulario de solicitud en papel. Luego puede enviarlo por correo, fax o entregarlo en persona en una oficina local del DCF. MyFLFamilies

4. Centro de Solicitudes ACCESS del Condado de Brevard

Dirección: 375 Commerce Parkway, Suite 102, Rockledge, FL 32955

Fax: (407) 245-2769

Los servicios sin cita previa (no se necesita cita) incluyen la entrega de documentos, la verificación de identidad, el uso de una computadora para solicitar y la obtención de formularios del Programa de Asistencia para Refugiados

5. Por teléfono:

Para asistencia general (verificar el estado de la solicitud, obtener ayuda con las solicitudes), puede llamar. (850) 300-4323

Pasos para solicitar Medicaid

- Complete una solicitud utilizando uno de los métodos mencionados anteriormente.
- Proporcione la documentación requerida para confirmar su identidad, hogar e ingresos.
- Espere el procesamiento. Su solicitud será revisada y es posible que se le contacte para solicitar información adicional.
- Reciba la notificación. Se le informará por correo o en línea sobre su aprobación.

Lista de verificación de documentos para la solicitud

Por favor traiga tantos de los siguientes documentos como sea posible al presentar su solicitud.
Identidad y ciudadanía

- ☐ Identificación oficial con fotografía (licencia de conducir, identificación estatal o pasaporte)
- ☐ Números de Seguro Social (o comprobante de solicitud) de todos los miembros del hogar que estén solicitando

☐ Acta de nacimiento o pasaporte de los Estados Unidos (para verificar la ciudadanía)

☐ Documentos de inmigración (para personas no ciudadanas con estatus elegible)

Hogar y Residencia

☐ Comprobante de domicilio (contrato de alquiler, hipoteca, factura de servicios públicos o correspondencia oficial)

☐ Nombres, fechas de nacimiento y parentesco de todos los miembros del hogar.

Ingreso

☐ Recibos de nómina recientes (se prefieren los de las últimas 4 semanas) Employer verification letter (if no pay stubs available)

☐ Carta o extracto de prestaciones de la Seguridad Social

☐ Declaraciones de pensión, jubilación o beneficios para veteranos

☐ Documentación relativa a las prestaciones por desempleo

☐ Documentos que acrediten la actividad por cuenta propia (declaración de impuestos, estado de pérdidas y ganancias)

☐ Pensión alimenticia o manutención de menores recibida

Seguro de salud

☐ Tarjetas de seguro médico o números de póliza actuales

☐ Tarjeta de Medicare (si corresponde)

Gastos (si corresponde)

☐ Recibos de guardería o cuidado de personas dependientes

☐ Facturas médicas o comprobante de gastos médicos continuos.

☐ Prueba de pagos de manutención de hijos o pensión alimenticia ordenados por un tribunal.

Consejo:

No se preocupe si no tiene todos los documentos; envíe todo lo que tenga disponible. El Departamento de Niños y Familias (DCF) se pondrá en contacto con usted si necesita más información.

Necesitar ayuda?

Si necesita ayuda para completar su solicitud o recopilar los documentos necesarios, nuestro personal está a su disposición. No dude en contactarnos.

Contact Numbers:

Ambulatorio del área norte
(321) 269-4590

Consulta externa del área central
(321) 890-1500

Clínica ambulatoria del área sur
(321) 952-6000