

Health Center of Southeast Texas



Ofrecemos servicios en las siguientes 6 localidades!

Cleveland

**307 N William Barnett Ave.
Cleveland, TX 77327
Lunes-Viernes 8am-8pm
1 Sabado al mes 8am-12pm
Cerrado Domingo
Medicina Familiar
Salud de La Mujer
Salud Mental
Tele-Psiquitria
Farmacia Clase A**

Shepherd

**11 Woodland Park Dr
Shepherd, TX 77327
Lunes-Viernes 8am-6pm
Cerrado Fines de Semana
Medicina Familiar
Salud de La Mujer
Salud Mental
Tele-Psiquitria**

Liberty

**1400 N Travis Ave
Liberty, TX 77575
Lunes-Viernes 8am-6pm
Cerrado Fines de Semana
Medicina Familiar
Salud de La Mujer
Salud Mental
Tele-Psiquitria**

Livingston Practica Familiar/ Pediatria

**204 West Park Dr.
Livingston, TX 77351
Lunes-Miercoles 8am-8pm
Jueves-Viernes 8am-6pm
Cerrado Fines de Semana
Medicina Familiar
Salud de La Mujer
Salud Mental
Tele-Psiquitria**

Dayton

**2206 N. Cleveland
Dayton, TX 77535
Lunes-Mares 8am-5pm
Miercoles 8am-8pm
Jueves-Viernes 8am-5pm
Cerrado Fines de Semana
Medicina Familiar
Pediatra**

Terrenos

**871 CR 3549
Cleveland, TX 77327
Lunes-Martes 8am-8pm
Miercoles-Viernes 8am-6pm
Cerrado Fines de semana
Medicina Familiar
Salud de La Mujer
Pediatra**

Nuestra misión es proporcionar atención de salud accesible, compasiva, culturalmente competente y de calidad accesible para todos, independientemente de la capacidad de pago.

Visitenos aqui:

www.hcset.com



Instagram

Health Center of Southeast Texas



REQUISITOS PARA EL PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO

Información de Registro

La información a continuación es requerida por el Departamento de Elegibilidad de HCSET para determinar si usted califica para recibir servicios con descuento proveídos por el Centro de Salud. Esta información es confidencial y se usará estrictamente para identificar los recursos disponibles para usted y su familia. Para hacerlo, necesitaremos lo siguiente:

- Solicitud completa:** Las instrucciones sobre cómo llenar esta solicitud se encuentra en la parte posterior de la forma. Esta será una solicitud familiar si el hogar consiste de más de un individuo.
- Prueba de identidad:** Usted y los solicitantes necesitarán una prueba de identidad. Los documentos válidos pueden consistir en cualquiera de los siguientes: licencia de conducir válida, tarjeta de identificación del estado, identificación de estudiante con fotografía, pasaporte con fotografía, documentos de inmigración de EE. UU. con fotografía, certificado de nacimiento, tarjeta de registro de votante.
- Cobertura de atención médica:** Deberá presentar comprobante de cualquier cobertura de salud. Los documentos válidos incluyen: Tarjetas de seguro, (Medicaid, Medicare, CHIP, CHIP prenatal, seguro privado). Si tiene beneficios limitados y aún desea solicitar el Programa de escala de descuento, primero deberemos verificar sus beneficios.
- Prueba de la composición del hogar (*Este es un requisito para calificar en el programa de descuento de escala*):** La composición de hogar es declarada por usted mismo pero, si usted es el conservador o el tutor legal de alguien, debe proporcionar documentación legal que lo demuestre. Los documentos válidos incluyen: certificado de nacimiento, documentos escolares, decreto de divorcio o manutención de menores, o cualquier otro documento legal.
- Comprobante de ingresos del hogar (*Este es un requisito para calificar en el programa de descuento de escala*):** Deberá presentar un comprobante de ingresos para cada persona que trabaje en el hogar. Los documentos válidos incluyen: Talones de cheques dentro de los últimos 60 días, formulario o carta de verificación de ingresos, declaración de impuestos con adjuntos, pensión propia, manutención de menores, carta de beneficios del seguro social, desempleo, carta de beneficios de workmen's compensation, cheques o declaraciones de jubilación, formulario de recibos si trabaja por su cuenta.
- Número de teléfono válido:** Deberá proporcionar un número de teléfono en el cual podamos comunicarnos con usted. Ejemplos: Casa / Trabajo / Móvil / Contacto de emergencia. Esta información es muy importante para que podamos ayudarlo a recibir la mejor atención posible.

El Programa de descuento de escala es basado solamente en la composición del hogar y los ingresos del hogar. HCSET no le niega servicios a nadie debido a su incapacidad de pago.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los requisitos, pregunte a la recepcionista.

AVISO: Tenga en cuenta que es responsabilidad del solicitante notificar a HCSET sobre cualquier cambio o actualización en su estado de ingresos / empleo / hogar, ya que esto podría afectar la elegibilidad. Si califica para recibir asistencia financiera y luego se determina que la información o comprobante que proporcionó en esta solicitud es falsa, puede perder su asistencia financiera, se le puede negar la re aplicación por seis meses y se le debe exigir que pague a HCSET por los servicios ya proporcionados.



Solicitud de Beneficios del Programa

Esta solicitud debe usarse para solicitar el Programa de descuento de tarifa móvil. Si se considera potencialmente elegible para cualquier otro programa, es posible que se necesite otra aplicación.

Sección I. Datos del solicitante

***Si se hace esta solicitud para un menor, se tiene que usar el nombre del padre o tutor legal como el solicitante.**

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------|-----------------------|---------------|
| Nombre de la persona | Sexo | Fecha de nacimiento | Grupo racial o étnico | |
| Domicilio | Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
| Teléfono principal con código de área | Teléfono secundario con código de área | | | |
| Dirección de correo electrónico | | | | |

Preferencias para la comunicación

Los siguientes campos no afectan su habilidad para recibir estos beneficios. (Marque todo lo que corresponda)

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Correo electrónico Teléfono Correo

¿Qué idioma prefiere hablar? Inglés Español Otro: _____

¿En qué idioma prefiere la correspondencia? Inglés Español Otro: _____

Sección II. Miembros de su hogar

Haga una lista de todos los miembros del hogar. Los miembros del hogar incluyen al solicitante y a cualquier persona que viva con él y de la que sea legalmente responsable. Niños y jóvenes menores de 18 años se pueden incluir como miembros del hogar. Los hijos por nacer de mujeres embarazadas se tienen que incluir como miembros del hogar. Vea las instrucciones de la solicitud para más información sobre los miembros del hogar.

Número de miembros del hogar: _____

| Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre) | Fecha de nacimiento | Sexo | Grupo racial o étnico | Relación con el solicitante | Programa que solicita (*PHC, TV CHD, TV PMD o NA) | ¿Inscrito en un plan de seguro médico? |
|--|---------------------|------|-----------------------|-----------------------------|--|---|
| | | | | Solicitante | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| | | | | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |

¿Tiene usted, o algún otro solicitante, una necesidad médica o dental inmediata? Sí No

¿Es usted u otro solicitante veterano? Sí No

¿Tiene algún miembro del hogar alguna circunstancia especial que pueda afectar que se incluya en el recuento de miembros del hogar? Sí No

Si contestó sí, dé una explicación detallada:

Sección III. Determinación de derecho automático a los servicios de PHC

Si está solicitando el programa de subvenciones, puede ser elegible para elegibilidad complementaria*. Marque todos los beneficios que está recibiendo actualmente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de Seguro Médico para Niños Perinatal (CHIP-P) | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Programa WIC (para mujeres, bebés y niños) | <input type="checkbox"/> Medicaid para mujeres embarazadas |
| <input type="checkbox"/> Healthy Texas Women (HTW) | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos |

Sección IV. Confirmación

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Me comprometo a dar al personal de verificación de requisitos cualquier información necesaria para comprobar las declaraciones sobre mi derecho a los servicios. Me comprometo a informar sobre cualquier cambio en los ingresos, estructura familiar, residencia, dirección actual, empleo y todo tipo de cobertura de atención médica a más tardar 30 días de que ocurra el cambio. Quedo enterado de que, si proporciono información falsa, podría ser excluido del programa o tendría que reembolsar el costo de los servicios.

Aviso sobre la confidencialidad

Excepto en algunos casos, usted tiene derecho a pedir los datos que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a obtener y revisar esos datos cuando usted lo pida. Usted también tiene derecho a pedir que el departamento estatal corrija cualquier información incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental).

_____ Iniciales

Confirmación

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que al firmarla doy fe de que, hasta donde yo sé, toda la información que he proporcionado es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa podría llevar a ser descalificado del programa o a tener que reembolsar el costo de los servicios recibidos, y que si se aprueba que reciba los servicios del programa debo cumplir con sus normas, entre ellas el seguir cumpliendo los requisitos y el cumplir todas las demás responsabilidades de los beneficiarios.

_____ Iniciales

Declaración sobre la divulgación de información

Autorizo la divulgación de información médica y de ingresos entre la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas y el proveedor, según sea necesario, para determinar mi derecho a los servicios, coordinarlos, prestarlos y cobrar por ellos.

_____ Iniciales

Certificación de la cobertura

Certifico que yo, el solicitante, no tengo ninguna otra cobertura aparte de las que se indican en la sección de información sobre el seguro de esta solicitud. Autorizo al programa a que cobre a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado.

_____ Iniciales

_____ Firma del solicitante

_____ Fecha

Sólo Para Uso de Oficina

| | | |
|--|--|------------------------------|
| Nombre de Solicitante | Tipo de Determinación <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Recertificación | Inicio de Elegibilidad |
| Acción de Registro de Caso Aprobado Presunto BCCS Denegado | | Finalización de Elegibilidad |

Sección V. Reconocimiento

Indique los ingresos brutos del hogar e incluya la documentación. Los ingresos del hogar incluyen los ingresos de los miembros adultos del hogar. Consulte el Apéndice I del Manual de Políticas del Programa "Definición de Ingresos" para obtener información adicional sobre los diferentes tipos de ingresos.

| Nombre del miembro del hogar que recibe el dinero | Nombre del empleador o persona que proporciona | Tipo de ingreso | Cantidad bruta recibido | ¿Con qué frecuencia se recibe? | Ingresos totales mensuales |
|---|--|-----------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Total de ingresos mensuales contables: | | | | | |
| Deducción permitida: | | | | | |
| Ingreso mensual neto contable: | | | | | |

Notas:

Sección VI. Certificación del contratista sobre el derecho a los servicios

Todas las preguntas deben ser respondidas por el personal de elegibilidad en la lista de verificación de elegibilidad.

Fecha del derecho a los servicios: _____

| Nombre del cliente | Programas en que puede participar | Tipo de derecho a servicios otorgado | Tipo de determinación <i>(Nuevo o recertificación)</i> | Cantidad del copago |
|--------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Al firmar a continuación, doy fe de que las solicitantes arriba indicadas cumplen los requisitos del programa. He informado a las solicitantes embarazadas que deben solicitar Medicaid para Mujeres Embarazadas o CHIP Perinatal. He informado a los solicitantes que parezcan reunir los requisitos para otros programas, entre ellos, Medicaid o CHIP, de que deben solicitar esos programas.

Nombre del centro _____

Firma del miembro del personal que da su certificación _____

Fecha _____