

Recertificación de la elegibilidad principal para la atención al paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Nombre del médico: _____

Nombre del administrador de casos: _____ Agencia: _____

Sección 1: VIVIENDA	Marque el tipo de documento.
<p>¿Se mudó/cambió de lugar en donde vive?</p> <p><input type="checkbox"/> No, mi dirección no ha cambiado. Siga a la Sección 2: TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, mi dirección cambió. Marque el tipo de documento en la columna de la derecha.</p>	<p><input type="checkbox"/> Licencia de conducir de Florida vigente</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación (ID) de Florida vigente</p> <p><input type="checkbox"/> Factura de servicios públicos</p> <p><input type="checkbox"/> Recibo de pago con nombre y dirección</p> <p><input type="checkbox"/> Contrato de vivienda, alquiler o hipoteca</p> <p><input type="checkbox"/> Registros recientes de la escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancario</p> <p><input type="checkbox"/> Carta de respaldo de cliente</p> <p><input type="checkbox"/> Recibo de impuestos sobre la propiedad o formulario W-2</p> <p><input type="checkbox"/> Documento de desempleo</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de inscripción como votante de Florida</p> <p><input type="checkbox"/> Correspondencia oficial</p> <p><input type="checkbox"/> Florida Medicaid Managed System (Sistema Administrado de Medicaid de Florida, FLMMIS)</p> <p><input type="checkbox"/> Medical Eligibility Verification System (Sistema de Verificación de Elegibilidad Médica, MEVSNET)</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración del administrador del alojamiento/caso</p>
Sección 2: TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR	
<p>¿Cambió el tamaño de su grupo familiar?</p> <p><input type="checkbox"/> No, el tamaño de mi grupo familiar no ha cambiado. Siga a la Sección 3: INGRESOS.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el tamaño de mi grupo familiar cambió. Marque el tipo de documento en la columna de la derecha.</p>	<p><input type="checkbox"/> Licencia de matrimonio/formulario de registro de pareja doméstica</p> <p><input type="checkbox"/> Certificados de nacimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración de impuestos</p> <p><input type="checkbox"/> Acta de divorcio</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de defunción</p> <p><input type="checkbox"/> Adulto que vive con el cliente y que tiene al cliente como dependiente en la declaración de impuestos</p> <p><input type="checkbox"/> Adulto que vive con cliente y que tiene custodia legal del cliente.</p>

Sección 3: INGRESOS

¿Han cambiado sus ingresos?

No, mis ingresos no han cambiado.
Siga a la Sección 4: SEGURO MÉDICO.

Sí, mis ingresos cambiaron.
Marque el tipo de documento en la columna de la derecha.

- Copia del recibo de pago del mes pasado
- Copia de los pagos anuales más recientes por discapacidad, SSI, jubilación, pensión, VA, manutención de menores/pensión alimenticia, beneficios por desempleo, etc.
- Declaración de pérdidas y ganancias del negocio propio
- Declaración de que no tiene ingresos
- Estados de cuenta bancarios de tres (3) meses
- Carta de respaldo de cliente
- Otro

Sección 4: SEGURO MÉDICO

¿Ha cambiado su estado de cobertura de seguros?

No, mi seguro no ha cambiado.

Sí, mi seguro cambió.
Marque el tipo de documento en la columna de la derecha.

Siga a la Sección 5: DECLARACIÓN.

- Comprobante de Medicaid
- Verificación del seguro del empleador
- Información actual del paquete de beneficios del seguro
- Sistema Administrado de Medicaid de Florida (FLMMIS)
- Sistema de Verificación de Elegibilidad Médica (MEVSNET)
- Medicare
- Mercado de seguros facilitado a nivel federal
- Carta de cancelación/denegación del empleador
- Carta de cancelación/denegación del proveedor del seguro

Sección 5: DECLARACIÓN

Dé fe de las siguientes declaraciones:

- La información dada es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Entiendo que mis registros están protegidos por las leyes federales y estatales y no se pueden compartir sin mi consentimiento por escrito.
- Entiendo que la información la pueden revelar para fines de facturación, auditorías del historial clínico, supervisión del programa/mejoras a la calidad, informes y otros fines necesarios para facilitar la prestación de los servicios del programa.
- Entiendo también que puedo revocar en cualquier momento mi consentimiento, por escrito.

(Nombre del cliente) verificó la información de arriba el (fecha).

Formulario completado por: _____

Nombre del miembro del personal: _____

Firma del miembro del personal: _____

Nombre de la agencia: _____ Teléfono de la agencia: _____

Fecha: _____