



Gracias por su interes en ser paciente de la Moore Free & Charitable Clinic (MFCC)

Nuestra clinica (MFCC) suministra los siguientes servicios de atencion medica a residentes del condado Moore sin cobertura, cuyos ingresos son del 200% o menos del nivel de pobreza nacional:

- Atencion primaria de enfermedades cronicas
- Atencion a enfermedades pasajeras y heridas menores
- Atencion especializado por referidos
- Servicio de studio de laboratorio y servicio de radiologia
- Atencion Salud Mental
- Atencion dental limitada
- Educacion nutricional y medico de grupo

Adjunto se encuentra el paquete de ingreso de nuevos pacientes. Por favor completelo y consiga los documentos requeridos en la pagina 2. Le recordamos, que la cita para tramitar el ingreso ha sido progamada para el dia _____ a las _____.

Sinceramente,

Esther Ross
Enrollment Specialist
eross@moorefrecare.org
910-246-5333 Ext. 205

or

Christina Sanford
Enrollment Specialist
csanford@moorefre.org
910-246-5333 Ext 204

Lista de Documentos para MFCC

Elegibilidad de Solicitantes

La Clinica de Beneficencia y Gratuita de Moore es un centro de atencion de salud "sin fines de lucro" que se dedica a brindar atencion medica a los paciented con bajos recursos y sin seguro. Es importante cumplir con todos los requisitos y tambien tracer la documentacion necesaria para la cita de inscripcion.

Para recertificarse o convertirse en un nuevo paciente de MFCC, debe ser:

- Ser residente del condado de Moore
 - Estar sin seguro
 - Cumplir con el requisito de ingresos. (Ver table a la derecho)
- Para programar una cita: Llame al (910) 246-5333 ext. 205 o ext. 204**

2021 Federal Poverty Table # In house – Income	
1	\$25,520
2	\$34,480
3	\$43,440
4	\$52,400
5	\$61,360
6	\$70,320

Favor de traer todo lo siguiente a su cita de inscripcion:

1. **Paquete de inscripcion completo**
2. **Declaracion de impuestos federal comleta mas reciente (firmada)**
 - a. Si NO declare impuestor, complete el formulario 4506T; o
 - b. Si present la solicitud, necesitaremos una copia del **Formulario 8695** – Exencion de cobertura medica
 - c. Si alguien lo ha reclamado como dependiente, debera traer su declaracion de impuestos; o
 - d. Si su conyuge presento impuestos, debera traer su declaracion de impuestos; o
 - e. Si trabajaba por cuenta propia y present una declaracion de impuestos en el ultimo ano, necesitara un Anexo C
3. **Copia de identificacion con foto valida**
 - a. Licencia de conducir; o
 - b. Identificacion emitida por el estado; o
 - c. Identificacion dada por el gobierno
4. **Comprobante de residencia (fechado para el ano en curso y con no mas de 2 meses de antiguedad)**
 - a. Factura de servicios publicos (electricidad, gas, telefono, etc) que muestre la direccion del servicio o
 - b. Factura medica o
 - c. Otro; (Factura de impuestos del condado; o contrato de alquiler)
 - d. Si la facture no esta a su nombre, la persona a cuyo nombre se encuentra debe completar la carte de apoyo.

¡La direccion en su compobante de residencia debe conincidir con la direccion fisica que proporciona!
5. **Verificacion de ingresos-para su conyuge y usted mimo-Consulte los documentos de verificacion de Ingresos**
6. **Trabajador por cuenta propia o que vive del ahorro, se requieren extractos bancarios (con fecha de los ultimos 60 dias)**



Nota Importante: Muchos programs de asistencia farmaceutica requieren una carta de denegacion de Medicaid. Si eso fuera necesario, es SU responsabilidad proporcionarlo de manera oportuna para recibir su medicamento.

Documentos de Verificacion de Ingresos

Por favor, identifique que documentos reflejan mejor sus medios economicos y traigalos a su cita de ingreso.

1. Si estas **EMPLEADO**:
 - Ultimos 2 meses de sus talons de cheques de pago mas recientes, con fecha de 60 dias
 - Si le pagan en efectivo o de manera irregular, necesitara una declaracion firmada por alguien que le haya pagado por el trabajo en los ultimos 30 dias.
2. Si su conyuge esta **EMPLEADO**:
 - Ultimos 2 meses de sus recibos de pagomas recientes, fechados dentro de los ultimos 60 dias
3. Si estas **DESEMPLEADO** y tiene ingresos de \$ 0:
 - "Carta de apoyo completada por cualquier persona que lo este apoyando economicamente
 - Declaracion de Ingresos Cero
4. Si esta **DESEMPLEADO** pero su conyuge esta empleado:
 - Ultimos 2 meses de sus recibos de pago mas recientes, fechados dentro de los ultimos 60 dias
5. Si su conyuge esta **DESEMPLEADO**:
 - Declaracion de Ingresos Cero
6. Si trabaja por CUENTA PROPIA y no presenta una declaracion de impuestos, o vive de sus ahorros, se requieren estados de cuenta bancarios (con fecha de los ultimos 60 dias)
7. Si usted o su conyuge reciben alguno de los siguientes **BENEFICIOS**:
 - a. Traiga todo lo siguiente que corresponda:
 - Jubilacion
 - Invalidez
 - Desempleo
 - Ingreso de Seguridad Suplementario
 - Carta de Nuevo Beneficio del Seguro Social (**Debe ser para el ano en curso**)
 - Carta de Concesion de la Administracion del Seguro Social si el paciente recibe Beneficios del Seguro Social

Nota: Debe ser de la agencia, la oficina de MFCC puede proporcionar ejemplos de como se ven estas cartas.

Si tiene alguna pregunta sobre estos documentos necesarios, llame a la clinica antes de su cita al **(910) 246-5333 ext. 205 or ext. 204.**

Nota: Si es un paciente actual, es posible que su fecha de recertificacion con MFCC y con varios programas de asistencia con medicamentos no sea la misma. En este caso, es posible que tengamos que comunicarnos con usted en el future para obtener documentos mas actualizados.

Hoja de Informacion para el Paciente

Nueva Inscripcion/Certificacion Grafico #: _____ Fecha: _____

Nombre (letra de Imprenta): _____

Telefono de casa: _____

Fecha de nacimiento: _____

Telefono movil: _____

Seguridad Social #: _____

Direccion de correo Electronico: _____

Metodo Preferido de Contacto: Telefono de casa Telefono movil Email

Le gustaria recibir alertas por mensaje de texto? Si No

Direccion Fisica: _____

Direccion de Correo: _____

Enumere todas las personas que contribuyen o dependen de sus ingresos, incluido usted mismo. Incluya todos los nombres completos y la fecha de nacimiento.

<u>Nomge</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Relacion</u>	<u>Estado de Empleo</u>
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Tienes seguro medico? Si No

En cso que si, cuales de estos: Medicare Medicaid Planificacon Familiar Otro _____

Como se entero de la clinica?

Hospital ER DSS Clinica de cuidados de transicion (TCC) Patient Other _____

Estado civil:

Casado Divorciado Separado Soltero Viudo

Raza:

Blanco Afroamericano Hispano Indio Americano Asiatico Otro _____

Etnicidad:

America Central Cubano Dominicano Hispan/Latino/Espanol Mexicano Other _____



211 Trimble Plant Rd. Suite C
 Southern Pines, NC 28387
 Phone: 910.246.5333
 Fax: 910.246.5330

Hoja de Trabajo de Verificacion de Ingresos

Esta trabajando autalmente? Si No (Nota:Tenga en cuenta todo el trabajo, incluidos los trabajos a tiempo parcial o "secundarios")

Nombre del Empleador: _____

Cuanto gana por hora: _____

Cuantas horas trabajas a la semana: _____

Su conyuge esta Empleado? Si No

Nombre del Empleador: _____

Cuanto ganan por hora: _____

Cuantas horas trabaja a la semana: _____

Estime los montos de ingresos mensuales para cualquiera de los siguientes que se apliquen a usted or su conyuge:

Ingresos Laborales: \$ _____ Presento impuestos actuales? Si No

Incluya comprobantes de pago de 60 dias consecutivos para usted y su conyuge

Ingresos por Desempleo: \$ _____ Cuando fue la ultima vez que archivo? _____

Ha sido reclamado este ano fiscal? *Si es Si No
 asi,traiga declaracion de impuestos. _____

Segurida Social: \$ _____

***Prestacion de Beneficios del Ano en curso para si mismo y/o su Conyuge**
**** Traiga carta de adjudicacion si es para si mismo**

Discapacidad: \$ _____

Comp de los Trabajadores: \$ _____

Manutencion de los hijos: \$ _____

Otro: \$ _____

INGRESO MENSUAL TOTAL \$ _____

Notas:

Autorizo a Moore Free & Charitable Clinic a comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales, la Comision de Seguridad del Empleo o cualquier otra agencia o fuente on el proposito especifico de obtener y confirmar la informacion pertinente a mi solicitud de asistencia de vez en cuando. Entiendo que todo es entrevista y en el future se mantendra en confidencialidad, except como se indico anteriormente.

Por la presente declare que no tengo seguro privado, Medicaid, Medicare ni me he inscrito en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Mi firma confirma que la informacion que proporcione es verdadera y correcta segun mi leal saber y entender. Entiendo que la informacion proporcionada sera verificada.

Firma el Paciente _____ Fecha _____

Acuerdo del Paciente

1. **Moore Free & Charitable Clinic (MFCC)** es una organización sin fines de lucro que brinda atención primaria de salud a pacientes elegibles. MFCC no es un agencia gubernamental y se apoya principalmente a través de donaciones privadas, subvenciones y ganancias de eventos de recaudación de fondos. Muchos de nuestros pacientes hacen donaciones a MFCC cuando pueden, y les damos la bienvenida.
2. **No-Discriminación:** MFCC no niega los servicios o la inscripción en base a la raza, color, sexo, orientación o expresión de género, origen nacional, discapacidad, religión o situación económica de una persona.
3. **Tarifa:** Cuando este inscrito, se le informará si se le pedirá que pague una tarifa, de acuerdo con una escala móvil basada en sus ingresos. MFCC cobra una tarifa si no se presenta a una cita y no cancela con anticipación. Es posible que se requiera que los pacientes que son referidos para atención especializada presenten una solicitud a otros programas de atención de caridad que requieren pagos con descuento, como FristHealth of the Carolinas y UNC Health Care. MFCC brinda atención médica a tarifas bajas o gratuitas gracias a la generosidad de nuestros donantes y voluntarios. Esperamos que aproveche la oportunidad para expresar su agradecimiento por este servicio a nuestros proveedores, personal y voluntarios.
4. **Horas de Operación:** Lunes, Miércoles y Jueves: 8:30 am – 5 pm.
Martes Alternos: 8:30 am – 7 pm.
Viernes: 8:30 am – 3 pm
MFCC está cerrado diariamente desde 12:00 pm – 1:15 pm.
5. **Responsabilidad del Paciente:** Usted es la parte vital del plan de atención médica que se implementará para ayudarlo a lograr el bienestar, **Se espera que usted participe activamente en su propio cuidado.** Esto significa que usted es responsable de llegar a sus citas a tiempo, tomar los medicamentos que le recetaron y notificar a MFCC si hay algún cambio en su salud. Si necesita recargas de medicamentos de su farmacia local, pongase en contacto con ellos 5-7 días antes de que se agote, para que puedan enviarnos la solicitud de recarga de medicamentos. Si recibe medicamentos a través del Programa de Asistente del Paciente y recoge su medicamento en MFCC, debe comunicarse con la clínica 30 días antes de que se agote para que podamos enviar la solicitud de recarga a la empresa.
6. **Políticas:** Tenga en cuenta las siguientes políticas importantes:
 - a. Documentos de verificación financiera son necesarios para inscribirse en los programas de asistencia médica y MFCC. Si no los obtenemos de manera oportuna, NO será elegible para los servicios.
 - b. No-espectáculos: Si llega 10 minutos o más tarde a su cita, NO será atendido y tendrá que reprogramar.
 - i. Primera no presentación para CUALQUIER cita: tarifa de \$10
 - ii. Segundo no show: Posible alta de la lista durante 1 año después de lo cual usted puede volver a solicitar ser un paciente en MFCC.
 - c. Cancelación de Cita: Llame **al menos 48 horas antes** de la hora de su cita para cancelar y reprogramar. Una cancelación tardía se considera no presentación y se aplicará la no presentación. *Se harán excepciones en caso de emergencia, a criterio exclusivo de MFCC.*
 - d. Recordatorios de Cita: Se le llamará o se le enviará un mensaje de texto con un recordatorio de cita. Es su responsabilidad proporcionar a MFCC su información de contacto actualizada tan pronto como sea posible.
7. **Comportamiento:** La conducta inapropiada de un paciente o miembro de la familia hacia cualquier proveedor, enfermera, personal, paciente o voluntario de MFCC será motivo de despido inmediato de MFCC. La conducta inapropiada incluye, pero no se limita a, comportamiento descortés y perturbador, estar bajo la influencia del alcohol u otras sustancias, fumar, hablar mal y acoso. Además, la tergiversación intencional y el mal uso de los servicios de MFCC también pueden ser motivos para la descarga.

Acuerdo del Paciente (continuacion)

8. **Ninos:** Desgraciadamente, no ofrecemos servicios medico para ninos. Por favor, evite traer ninos a su cita. Si no tiene otra opcion que traer a un nino con usted, tambien debe traer un adulto responsable para que lo vigile durante la visita al consultorio. Los ninos NO pueden ingresar a las salas de examen y deben permanecet en el vestibule bajo supervision.

El paciente reconoce las expectativas anteriores y acepta lo siguiente:

- Estoy de acuerdo en asistir a las citas pra laboratorios, radiografias y referencias especializadas y entiendo que si falto a mi cita sin previo aviso con al menos 48 horas de anticipacion (excluyendo una emergencia documentada), entonces se me cobarara una tarifa o me daran el alta de Moore Free & Charitable Clinic benefica (MFCC) .
- Reconozco que, como patient, no se me garantiza ni tengo derecho a servicios especificos.
- Acepto que si no proporciono los documentos para la evaluacion de elegibilidad o la recertificacion segun se requiere, quedare inactivo y tender que volver a solicitar la inscripcion.
- Entiendo que los medicamentos proporcionados por MFCC pueden no estar en envases a prueba de ninos. Acepto mantener todos los medicamentos fuera del alcance de los ninos.
- Acepto llamar a MFCC al menos 30 dias antes de que me quede sin medicacion para solicitar una recarga si es n medicamento que recojo en MFCC.
- Entiendo que MFCC a menudo prescribe medicamentos genericos que estan disponibles en mi farmacia local a un costo muy bajo, y que soy responsable de comprar mis medicamentos y solicitar un resurtido 5-7 dias antes de que se agoten como parte de mi compromise con el cuidado personal.
- Doy mi consentimiento a MFCC para enviar mis registros medicos a otros proveedores cuando sea necesario para fines de derivacion.
- Entiendo que una conducta inapropiada puede resultar en la terminacion de todos los servicios e MFCC.
- Acepto que si empiezo a recibir Medicaid, Medicare y cualquier otra cobertura de seguro, tengo un cambio en los ingresos del hogar o mudo fuera del condado de Moore County, notificare inmediatamente a MFCC.

SI NO ENTIENDO ALGUNA PARTE DE ESTE ACUERDO, PEDIRE UNA ACLARACION.

He leido y comprendido la solicitud de MFCC y el Acuerdo del Paciente y acepto los terminus. He recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad (HIPPA).

Nombre del Paciente: _____
Impresion

Firma: **X** _____ Fecha: _____



Envie el formulario pro Correro, Fax, Correro electronico o Buzon a: Moore Free and Charitable Clinic 211 Trimble Plant Road Suite C Southern Pines, NC 28387 Fax: 910-246-5330 | Email: admin@moorefrecare.org

Declaracion de Ingresos Cero

Yo _____ Fecha de nacimiento: _____, certifico que no estoy trabajando actualmente y no tengo ingresos. Puedo recibir correro en la siguiente direccion: _____, que he enumerado en la solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Carta de Apoyo

Si recibe apoyo de alguien, por favor haga que complete la Carta de Apoyo. (Ejemplo vive con un miembro de la familia o, recibe dinero para comida, vivienda, servicios publicos.)

Brindo apoyo para: _____ Fecha de nacimiento: _____ como se indica a continuacion.

(Escriba el Nombre del Paciene en letra de imprenta)

Márque solo una de las casillas:

- Vive conmigo en la direccion de abajo y recibe habitacion gratis y amplia.
 No vive conmigo, pero proporciono apoyo como se indica a continuacion.

- Comida Vivienda Utilidades Dinero en efectivo

(Firma)

(Relacion con el paciente)

(Imprime tu Nombre)

(Imprimir direccion de la calle)

(Fecha)

(Imprimir Ciudad, Estado y Codigo Postal)

Request for Transcript of Tax Return

- ▶ Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.
- ▶ Request may be rejected if the form is incomplete or illegible.
- ▶ For more information about Form 4506-T, visit www.irs.gov/form4506t.

OMB No. 1545-1872

Tip. Use Form 4506-T to order a transcript or other return information free of charge. See the product list below. You can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Get a Tax Transcript..." under "Tools" or call 1-800-908-9946. If you need a copy of your return, use **Form 4506, Request for Copy of Tax Return**. There is a fee to get a copy of your return.

1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.	1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)
2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return
3 Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)	
4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)	
5a If the transcript or tax information is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number.	
5b Customer file number (if applicable) (see instructions)	

Caution: If the tax transcript is being mailed to a third party, ensure that you have filled in lines 6 through 9 before signing. Sign and date the form once you have filled in these lines. Completing these steps helps to protect your privacy. Once the IRS discloses your tax transcript to the third party listed on line 5a, the IRS has no control over what the third party does with the information. If you would like to limit the third party's authority to disclose your transcript information, you can specify this limitation in your written agreement with the third party.

- 6 Transcript requested.** Enter the tax form number here (1040, 1065, 1120, etc.) and check the appropriate box below. Enter only one tax form number per request. ▶ _____
- a Return Transcript**, which includes most of the line items of a tax return as filed with the IRS. A tax return transcript does not reflect changes made to the account after the return is processed. Transcripts are only available for the following returns: Form 1040 series, Form 1065, Form 1120, Form 1120-A, Form 1120-H, Form 1120-L, and Form 1120S. Return transcripts are available for the current year and returns processed during the prior 3 processing years. Most requests will be processed within 10 business days
 - b Account Transcript**, which contains information on the financial status of the account, such as payments made on the account, penalty assessments, and adjustments made by you or the IRS after the return was filed. Return information is limited to items such as tax liability and estimated tax payments. Account transcripts are available for most returns. Most requests will be processed within 10 business days
 - c Record of Account**, which provides the most detailed information as it is a combination of the Return Transcript and the Account Transcript. Available for current year and 3 prior tax years. Most requests will be processed within 10 business days
- 7 Verification of Nonfiling**, which is proof from the IRS that you **did not** file a return for the year. Current year requests are only available after June 15th. There are no availability restrictions on prior year requests. Most requests will be processed within 10 business days
- 8 Form W-2, Form 1099 series, Form 1098 series, or Form 5498 series transcript.** The IRS can provide a transcript that includes data from these information returns. State or local information is not included with the Form W-2 information. The IRS may be able to provide this transcript information for up to 10 years. Information for the current year is generally not available until the year after it is filed with the IRS. For example, W-2 information for 2011, filed in 2012, will likely not be available from the IRS until 2013. If you need W-2 information for retirement purposes, you should contact the Social Security Administration at 1-800-772-1213. Most requests will be processed within 10 business days

Caution: If you need a copy of Form W-2 or Form 1099, you should first contact the payer. To get a copy of the Form W-2 or Form 1099 filed with your return, you must use Form 4506 and request a copy of your return, which includes all attachments.

9 Year or period requested. Enter the ending date of the year or period, using the mm/dd/yyyy format. If you are requesting more than four years or periods, you must attach another Form 4506-T. For requests relating to quarterly tax returns, such as Form 941, you must enter each quarter or tax period separately.

12	/	31	/	2020	/	/	/	/	/
----	---	----	---	------	---	---	---	---	---

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

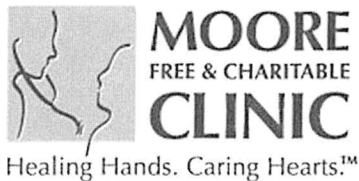
Signature of taxpayer(s). I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax information requested. If the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, 1 percent or more shareholder, partner, managing member, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506-T on behalf of the taxpayer. **Note:** This form must be received by IRS within 120 days of the signature date.

Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506-T. See instructions.

Phone number of taxpayer on line 1a or 2a

Signature (see instructions)	Date
Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)	
Spouse's signature	Date

Sign Here



MOORE FREE & CHARITABLE CLINIC
Autorización para Uso o Divulgación de Información Confidencial

1. **Consentimiento General.** Por la presente autorizo a Moore Free & Charitable Clinic (MFCC) a utilizar la información confidencial proporcionada por mí para los siguientes propósitos: determinar la elegibilidad para los servicios, obtener asistencia financiera para medicamentos recetados y hacer referencias a organizaciones de servicios sociales según sea necesario.

2. **Autorización para la Divulgación de Información Médica Personal.** Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Privacidad de la Información de Salud (HIPAA), MFCC no puede divulgar mi información de salud personal a ningún tercero (excepto para fines de tratamiento, pago y operaciones) o miembro de la familia sin mi autorización por escrito. Por la presente autorizo a MFCC a divulgar mi información médica protegida que se describe a continuación a:
Nombre en Letra de Imprenta _____
Relación con la/el Paciente _____ Teléfono _____

3. **Periodo Efectivo.** Esta autorización entra en vigencia en la fecha de este formulario y finaliza el: Fecha específica o cuando ya no soy paciente de MFCC

4. **Alcance de la Autorización.** Autorizo la divulgación de cualquier información en mi expediente médico (incluidos los expedientes relacionados con la atención de salud mental, enfermedades de transmisión sexual y tratamiento por abuso de alcohol o drogas)
 Autorizo la divulgación de cualquier información en mi expediente médico con la excepción de lo siguiente:
 - Notas de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH / SIDA)
 - Tratamiento por abuso de alcohol / drogas
 - Otra (por favor especifique): _____

5. **Derecho a Revocar.** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que alguna persona o entidad ya haya actuado confiando en mi autorización.

6. **Otro.** Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los servicios no dependerán de si firmo esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Firma del paciente (o representante personal)

Nombre impreso del paciente (o representante personal y relacion con el paciente)

Fecha: _____

Notas (Solo para uso de oficina): _____