



February 4, 2025

Paciente
113 Sunburst
Aberdeen, NC 28315

Estimado Paciente,

Gracias por su interes en Moore Free & Charitable Clinic.

Moore Free & Charitable Clinic brinda los siguientes servicios de atención médica para residentes sin seguro del condado de Moore con ingresos limitados del 300% o menos del nivel federal de pobreza.:

- Atencion primaria para enfermedades cronicas
- Atencion de enfermedades a corto plazo y lesiones menores
- Atencion especializada por derivacion
- Servicios de laboratorio y radiologia enfocados
- Servicios de salud conductual
- Cuidado dental limitado
- Educacion medica y nutricional grupal

Se adjunta el paquete de inscripcion de pacientes nuevos. Este paquete proporciona la mayor parte de la informacion que necesitamos para completar su inscripcion en la clinica. Revise cuidadosamente y complete el anverso y reverse de cada documento lo antes posible. Su cita de inscripcion esta programada para_____.

Su salud es importante para nosotros. Por favor, no dude en llamar si tiene alguna pregunta.

Sinceramente,

Esther Ross
eross@moorefreecare.org
Enrollment Specialist
910-246-5333 Ext. 205
Fax: 910-246-5331

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

Lista de Documentos para MFCC

Elegibilidad del participante

La Clinica de Beneficencia y Gratuita de Moore es una organizacion sin fines de lucro que brinda atencion primaria de salud a los residentes sin seguro de ingresos limitados del condado de Moore. MFCC no niega servicios o inscripcion en funcion de la raza, el color, el sexo, la orientacion o expresion de genero, el origen nacional, la discapacidad, la religion o el estado financiero de una persona.

Para volver a certificarse o convertirse en un Nuevo paciente de MFCC, debe ser:

- Ser residente del condado de Moore
- No tener seguro
- Cumplir con el requisito de ingresos. (Ver la tabla a la derecha)

Para programar una cita: Llame al (910) 346-5333 ext.204 o ext.205

Por favor traiga todo lo siguiente a su cita de inscripcion:

2025 Federal Poverty Table 300% In house – Income	
1 -	\$46,950
2 -	\$63,450
3 -	\$79,950
4 -	\$96,450
5 -	\$112,950
6 -	\$129,450

1. ☐ Paquete de inscripcion completado
2. ☐ Declaracion de impuestos federales completa mas reciente (firmada)
 - a. Si NO presento impuestos, complete formulario 4506T; o
 - b. Si presento la solicitud, necesitaremos una copia del **Formulario 8695** – Exencion de cobertura de salud
 - c. Si alguien lo ha reclamado como dependiente, debera traer su declaracion de impuestos;
 - d. Si su esposo/ esposa presento impuestos, debera traer su declaracion de impuestos;
 - e. Si trabajaba por cuenta propia y presento una declaracion de impuestos en el ultimo ano, necesitara formulario C del IRS
3. ☐ Copia de identificacion valida con foto
 - a. Licencia de conducir; o
 - b. Identificacion emitida por el estado; o
 - c. Identificacion emitida por el gobierno
4. ☐ Prueba de residencia (con fecha para el ano en curso y no mas de 2 meses de antigüedad)
 - a. Factura de servicios publicos (electricidad, gas, telefono, etc) que muestra la direccion del servicio o
 - b. Factura medica o
 - c. Otro; (Factura de impuestos del condado; o contrato de alquiler)
 - d. Si la factura no esta a su nombre, la persona a cuyo nombre esta necesita completar la carte de apoyo.

¡La direccion en su comprobante de residencia debe coincidir con la direccion fisica que esta proporcionando!

5. ☐ Verificacion de ingresos-para su conyuge y usted mismo-Consulte los documentos de verificacion de Ingresos
6. ☐ Trabajador por cuenta propia o que vive del ahorro, se requieren extractos bancarios (con fecha dentro de los 60 dias)



Nota Importante: Muchos programas 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 financieros y llevelos con usted a su cita de inscripcion.

1. Si esta **EMPLEADO**:
 - Ultimos 2 meses de sus talones de cheque de pago mas recientes, fechados en los unitmos 60 dias
 - Si se le paga en efectivo o se le paga de manera irregular, necesitara una declaracion firmada por alguien que le haya pagado por el trabajo en los ultimos 30 dias.
 - Si trabaja por cuenta propia y no tiene declaracion de impuestos, proporcione estados de cuenta bancarios.
2. Si su esposo / esposa esta **EMPLEADO**:
 - Ultimos 2 meses de sus talones de cheque de pago mas recientes, fechados en los ultimos 60 dias
3. Si esta **DESEMPLEADO** y tiene ingresos de \$ 0:
 - "Carta de apoyo completada por cualquier persona que lo apoye financieramente.
 - Declaracion de Ingresos Cero
4. Si esta **DESEMPLEADO** pero su conyuge esta empleado:
 - Ultimos 2 meses de sus talones de cheque de pago mas recientes, fechados de los ultimos 60 dias
5. Si su esposo / esposa esta **DESEMPLEADO**:
 - Cuenta de Resultados 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 esposo / esposa reciben alguno de los siguientes **BENEFICIOS**:
 - a. Traiga todo lo siguiente que corresponda:
 - Jubilacion
 - Discapacidad
 - Desempleo
 - Seguridad de ingredo Suplementario
 - Carta de Nuevo Beneficio del Seguro Social (**Debe ser para el ano en curso**)
 - Carta de adjudicacion de la Administracion del Seguro Social si el paciente recibe Beneficios del Seguro Social

Nota: Debe ser de la agencia, los ejemplos de como se ven estas cartas pueden ser proporcionados por la oficina de MFCC.

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

Nota: Si usted es un paciente actual, su fecha de recertificacion con MFCC y con varios programas de asistencia con medicamentos no ser la misma. En este caso, es posible que tengamos que ponernos 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: _____
Fecha de nacimiento: _____
Seguridad Social #: _____

Telefono de casa: _____
Telefono celular: _____
Direccion de correo
Electronico: _____

Metodo Preferido de Contacto: ☐ Telefono de casa ☐ Telefono celular ☐ Email

Desea recibir alertas de texto? ☐ Si ☐ No

Direccion Fisica: _____
Direccion postal: _____

Haga una lista de todas las personas que contribuyen o dependen de sus ingresos, incluido usted mismo. Incluya nombres completos y fecha de nacimiento.

<u>Nombre</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 caso que si, cuales de estos: ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Planificacion Familiar ☐ Otro _____

Como se entero de la clinica?

☐ Hospital ☐ ER ☐ DSS ☐ Clinica de cuidados de transicion (TCC) ☐ Paciente
☐ 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 _____

Hoja de Trabajo de Verificacion de Ingresos

Esta trabajando autulmente? ☐ Si ☐ No (Nota: Considere todo el trabajo, incluidos los trabajos a tiempo parcial o "secundarios")

Nombre del Empleador: _____
Cuanto gana por hora: _____ Cuantas horas trabajas por semana: _____

Su conyuge esta Empleado? ☐ Si ☐ No
Nombre del Empleador: _____
Cuanto ganan por hora: _____ Cuantas horas trabaja por semana: _____

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

Ingresos del Empleo: \$ _____ Presento impuestos actuales? ☐ Si ☐ No
Incluya 60 dias consecutivos de talons de pago para usted y su conyuge
Ingresos por Desempleo: \$ _____ Cuando fue la ultima vez que present el archivo? _____
Ha sido reclamado este ano fiscal? ☐ Si ☐ No
*En caso afirmativo, traiga la declaracion de impuestos. _____

Segurida Social: \$ _____
*Declaracion de beneficios del ano en curso para si mismo y/o su Conyuge
** Traiga carta de adjudicacion si es para si mismo

Discapacidad: \$ _____
Compensacon de Trabajadores: \$ _____
Manutencion de los hijos: \$ _____
Otro: \$ _____

Notas:

INGRESO MENSUAL TOTAL \$ _____

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 informacion pertinente a mis solicitudes de asistencia de vez en cuando. Entiendo que todo en esta entrevista y en el future se mantendra en confianza, excepto como se indico anteriormente.

Por la presente declaro 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 dada sera verificada.

Firma el Paciente _____ Fecha _____

Acuerdo del Paciente

1. **Moore Free & Charitable Clinic (MFCC)** es una organizacion sin fines de lucro que brinda atencion primaria de salud a pacientes elegibles. MFCC no es un agencia guernamental y es apoyada principalmente a traves de donaciones privadas, subvenciones y ganancias de eventos de recaudacion de fondos. Muchos de nuestros pacientes hacen donaciones a MFCC cuando pueden, y les damos al bienvenida.
2. **No-Discriminacion:** MFCC no niega los servicios o inscripcion en funcion de la raza color, sexo, orientacion o expresion de genero, el origen nacional, la discapacidad, la religion o el estado financier de una persona.
3. **Tarifa:** Cuando este inscrito, se le informara si se le pedira que pague una tarifa, de acuerdo con una escala movil basada en sus ingresos. MFCC cobra una tarifa si no se presenta a una cita y no cancela con anticipacion. Es posible que se requiera que los pacientes que son referidos para atencion especializada soliciten otros programas de atencion de caridad que requieren pagos con descuento, como FristHealth of the Carolinas y UNC Health Care. MFCC brinda atencion medica a tarifas bajas o gratuitas gracias a la generosidad de nuestros donantes y voluntaries. Esperamos que aproveche la oportunidad para expresar su agradecimiento por este servicio a nuestros proveedores, personal y voluntarios.
4. **Horas de Operacion:** Lunes, Miercoles y Jueves: 8:30 am – 5 pm.
Martes Alternos: 8:30 am – 7 pm.
Viernes: 8:30 am – 3 pm
MFCC esta cerrado diariamente desde 12:00 pm – 1:15 pm.
5. **Responsabilidad del Paciente:** Usted es una parte vital del plan de atencion medica que se implementara para ayudarlo a lograr el bienestar, **Se espera que usted sea un participante activo en su propio cuidado.** Esto significa que usted es responsssble de llegar a sus citas a tiempo, tomar los medicamentos que le recetaron y notificar a MFCC si hay algun cambio ensu salud. Si necesita resurtir medicamentos en su famacia local, debe comunicarse con ellos 5-7 dias antes de que se agote, para que puedan enviarnos una solicitud de resurtido de medicamentos. Si recibe medicamentos a traves de los Programas de Asistencia al Paciente y recoge su medicamento en MFCC, debe comunicarse con la clinica 30 dias antes de que se agote para que podamos enviar la solicitud de recarga a la compania.
6. **Politicas:** Tenga en cuenta las siguientes politicas importantes:
 - a. Documentos de verificacion financiera son necesarios para inscribirse en los programas de asistencia medica y MFCC. Si no los obtenemos de manera oportuna, NO sera elegible para los servicios.
 - b. No-espectaculos: Si llega 10 minutos o mas tarde a su cita, NO sera atendido y tendra que reprogramarlo.
 - i. Primera no se presentarse a ninguna cita: tarifa de \$10
 - ii. Segundo no show: Posible alta de MFCC durante 1 ano despues de lo cual usted puede volver a solicitar ser paciente de MFCC.
 - c. Cancelacion de Cita: Llame **al menos 48 horas antes** de la hor de su cita para cancelar y reprogramar. Una cancelacion tardia se considera no presentacion y se aplicara la poltica de no presentacion. *Se haran excepciones en caso de emergencia, a discrecion exclusiva de MFCC.*
 - d. Recordatorios de Cita: Se le llamara o se le enviara un mensaje de texto con un recordatrio de cita. Es su responsbilidad proporcionar a MFCC su informacion de contacto actualizada lo antes posible.
7. **Comportamiento:** La conducta inapropiada de un paciente o familiar hacia cualquier proveedor, enfermera, personal, paciente o voluntario de MFCC sera motivo de alta inmediata de MFCC. La conducta inapropiada incluye, entre otros, el comportamiento grosero y perturbador, estar bajo la influencia del alcohol u otras sustancias, el tabaquismo, el mal lenguaje y el acoso. Ademas, las tergiversaciones intencionales y el uso de los servicios de MFCC tambien pueden ser motivo para la descarga.

Acuerdo del Paciente (continuacion)

8. **Ninos:** Desafortunadamente, no ofrecemos servicios medicos para ninos. Por favor, evite llevar a los ninos a sus citas. Si no tiene otra opcion que traer a un nino con usted, tambien debe traer un adulto responsable para que lo observe durante la visita al consultorio. Los ninos NO estan permitidos en las salas de examen y deben permanecer en el vestibule bajo supervision.

El paciente reconoce las expectativas anteriores y acepta lo siguiente:

- Acepto asistir a las citas para referencias laboratorios, radiografias y especialidades y entiendo que si pierdo mi cita sin al menos 48 horas de anticipacion (excluyendo una emergencia documentada), entonces se me cobrara una tarifa o se me puede dar el alta de Moore Free & Charitable Clinic (MFCC).
- Reconozco que, como pacient, no se me garantia ni tengo derecho a servicios especificos.
- Acepto que si no proporciono los documentos para la evaluacion de elegibilidad o la recertificacion segun se necesario, me quedare inactivo y tendre que volver a solicitar la inscripcion.
- Entiendo que los medicamentos proporcionados por MFCC pueden no estar en envases a prueba de ninos. Estoy de acuerdo en mantener todos los medicamentos fuera del alcance de los ninos.
- Acepto llamar a MFCC al menos 30 dias antes de que me quedarme sin medicamento para solicitar una recarga si es un 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 una recarga 5 a 7 dias antes de agotarme como parte de mi compromiso con el autocuidado.
- Doy mi consentimiento a MFCC para enviar mis registros medicos a otros proveedores cuando sea necesario para fines de referencia.
- Entiendo que la induccion inapropiada puede resultar en la terminacion de todos los servicios de MFCC.
- Acepto que si empiezo a recibir Medicaid, Medicare y cualquier otra cobertura de seguro, tengo un cambio en los ingresos del hogar o me mudo fuera del condado de Moore County, notificare inmediatamente a MFCC.

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

He leído y entiendo el Acuerdo de Solicitud y Paciente de MFCC y acepto los terminus. He recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad (HIPPA).

Nombre del Paciente: _____

Impresion

Firma: X _____ Fecha: _____

DECLARACION DE INGRESO CERO

Complete la Declaracion de Ingreso Cero a continuacion si no esta trabajando actualmente y no tiene ingresos ni apoyo. Si esta casado y su conyuge no esta trabajando o recibiendo ingresos, pidales que completen la Declaracion de Ingreso Cero.

Yo, _____ Fecha de Nacimiento: _____,
certificar que actualmente no estoy trabajando y no tengo ingresos. Puedo recibir correo en el siguiente
direccion: _____, que he enumerado en la solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CARTA DE APOYO

Si recibe apoyo de alguien, pidale que complete la Carta de apoyo en su nombre.
(Ejemplo: vive con un amigo o familiar, recibe dinero para alimentos, vivienda, servicios pulicos.)

Brindo apoyo para: _____ Fecha de nacimiento: _____ como se indica a continuacion.
(Imprimir nombre del Paciente)

Marque solo una de las Casillas:

- ☐ Vive conmigo en la direccion a continuacion y recibe alojamiento y comida gratis.
- ☐ No vive conmigo, pero brindo apoyo como se indica a continuacion.
 - ☐ Comida
 - ☐ Vivienda
 - ☐ Utilidades
 - ☐ Dinero

(Firma)

(Relacion con el paciente)

(Imprimir tu nombre)

(Imprimir direccion de la calle)

(Fecha)

((Imprimir ciudad, estdo y codigo postal)



Moore Free & Charitable Clinic
Autorizacion para el Uso o Divulgacion de Informacion Confidencial

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

2.Autorizacion para la Divulgacion de Informacion Personal de Salud. Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y tercero (excepto para fines de tratamiento, pago y operaciones) o miembro de la familia sin mi autorizacion por escrito. Por la presente, autorizo a MFCC a divulgar mi informacion de salud protegida que se describe a continuacion para:

Imprimir Nombre _____

3.Periodo de Vigencia. Esta autorizacion surte efecto en la fecha de este formulario y finaliza en:

- ☐ Fecha Especifica _____ o
- ☐ cuando ya no soy paciente de MFCC.

4.Extension de la Autorizacion. Autorizo la divulgacion de cualquier informacion en mi registro de salud (incluidos los registros relacionados con la atencion medica mental, las enfermedades de transmission sexual y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas) **O**

Autorizo la divulgacion de cualquier informacion en mi registro de salud con la excepcion de lo siguiente:

- ☐ Notas de salud mental
- ☐ Enfermedades de transmission sexual (incluido el VIH/ SIDA)
- ☐ Tratamiento de abuso de alcohol / drogas
- ☐ Otros (especifiquese): _____

5.Derecho de Revocacion. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion, por escrito, en cualquier momento entiendo que una revocacion no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado en base a mi autorizacion.

6.Otro. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripcion o elegibilidad para los servicios no estaran condicionados a si firmo esta autorizacion. Entiendo que la informacion utilizada o divulgada de conformidad con esta autorizacion puede ser divulgada por el destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal.

Firma del paciente (o representacion personal)

Imprimir el nombre del paciente (o representante personal y relacion con el paciente)

Fecha: _____

Notas (solo para uso de oficina): _____