

**MADISON FREE CLINIC, INC.**

125 N. Main Street

P.O. Box 914

Madison, Virginia

P: (540) 948-3667

F: (540) 948-2209

[info@madisonfreeclinic.org](mailto:info@madisonfreeclinic.org)

Gracias por confiarnos su cuidado. Para que podamos brindarle la mejor atención posible, le solicitamos que mantenga una comunicación abierta y clara con nosotros. Por favor, complete toda la información de este paquete y devuélvelo a nuestra oficina. Además de esta documentación, necesitaremos una copia de su identificación, comprobante de domicilio (factura de electricidad, factura de celular, etc.) y comprobante de información financiera, como impuestos, recibos de sueldo o una carta de apoyo.

Horario de atención (puede variar): **Lunes a viernes de 9:00 a. m. a 12:00 p. m.**

Si nos necesita fuera de este horario, deje un mensaje en el teléfono de nuestra oficina **(540) 948-3667** o envíe un mensaje de texto al teléfono confidencial de la oficina **(540) 705-4095**. \*Por favor, sea cortés en su comunicación y comprenda que intentaremos comunicarnos con usted lo antes posible.

Los medicamentos se administran en **Madison Drug Co.** Puede solicitar recargas de medicamentos al (540) 948-4400 y nos contactarán para su aprobación. Deberá presentar una tarjeta de recetas válida de la clínica al momento de recoger los medicamentos. Los pacientes tienen un cargo administrativo de \$3 por receta. MFC cubrirá hasta \$150 de valor minorista en medicamentos al mes; una vez alcanzado este monto, usted será responsable del costo restante del mes. Nuestro personal y proveedores trabajarán con usted para mantener los medicamentos a bajo costo.

Le recordamos que hacemos todo lo posible para satisfacer sus necesidades; sin embargo, nuestros recursos son limitados. Por favor, tratar con respeto a todos nuestros colaboradores en Madison Drug Co., Piedmont Regional Dental Clinic, EyeCare of Virginia - Dr. Press y Hope Inspired Therapy - Sue Wood. De lo contrario, podría ser removido de nuestros servicios.



**MADISON FREE CLINIC, INC.**

125 N. Main Street

P.O. Box 914

Madison, Virginia

P: (540) 948-3667

F: (540) 948-2209

info@madisonfreeclinic.org

**Requisitos de elegibilidad:** Vivir en el condado de Madison, cumplir con el 300 % o menos de los requisitos de ingresos (ver la tabla) y no tener seguro médico o tener un seguro insuficiente. Por favor, presente comprobante de ingresos:

- 2 comprobantes de pago consecutivos
- Impuestos vigentes
- Declaración de ingresos mensuales del Seguro Social/Incapacidad
- Extracto bancario
- Si está desempleado y no tiene ingresos, adjunte la carta de apoyo de la persona que lo apoya.

También necesitaremos comprobante de domicilio:

- Licencia de conducir/Tarjeta de identificación con foto
- Factura de utilidades con dirección y nombre

Directriz federal de pobreza de 2024 por año								
Tamaño de Hogar	100%	130%	Medicaid 138%	150%	200%	250%	MCFC 300%	350%
1	15,060.00	19,578.00	20,782.80	22,590.00	30,120.00	37,650.00	45,180.00	52,710.00
2	20,440.00	26,572.00	28,207.20	30,660.00	40,880.00	51,100.00	61,320.00	71,540.00
3	25,820.00	33,566.00	35,631.60	38,730.00	51,640.00	64,550.00	77,460.00	90,370.00
4	31,200.00	40,560.00	43,056.00	46,800.00	62,400.00	78,000.00	93,600.00	109,200.00
5	36,580.00	47,554.00	50,480.40	54,870.00	73,160.00	91,450.00	109,740.00	128,030.00
6	41,960.00	54,548.00	57,904.80	62,940.00	83,920.00	104,900.00	125,880.00	146,860.00
7	47,340.00	61,542.00	65,329.20	71,010.00	94,680.00	118,350.00	142,020.00	165,690.00
8	52,720.00	68,536.00	72,753.60	79,080.00	105,440.00	131,800.00	158,160.00	184,520.00

Hoja de actualización de información y solicitud para pacientes de MFC

**Hoja de actualización de información y solicitud para pacientes de MFC**



**MADISON FREE CLINIC, INC.**

125 N. Main Street

P.O. Box 914

Madison, Virginia

P: (540) 948-3667

F: (540) 948-2209

info@madisonfreeclinic.org

**Fecha:** \_\_\_\_\_

- Nueva Aplicación
- Renovar Aplicacion
- Actualizacion de Informacion del Paciente (solo llenar información si necesita ser actualizada )

**Nombre Completo :**

\_\_\_\_\_

(Nombre

S. Inicial

Apellido)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

—

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa :** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:**

\_\_\_\_\_

**Contacto de**

**Emergencia:** \_\_\_\_\_

—

(Nombre

S. Inicial

Apellido)

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_



**MADISON FREE CLINIC, INC.**

125 N. Main Street

P.O. Box 914

Madison, Virginia

P: (540) 948-3667

F: (540) 948-2209

info@madisonfreeclinic.org

***Información General (circule la mejor respuesta):***

**Género:** Masculino/Femenino/Otro, por favor identificar \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Soltero/Casado/Divorciado/Viudo/Otro

**Etnicidad:** No-Hispano/Hispano-Mexicano/Puertorriqueño/Cubano/Otro

**Raza:** Blanco-Americano/Africano-Americano/Asiático/Nativo Americano/Otro

**Seguro de Salud:** Sin seguro/Medicaid/Medicare-necesita atención de la vista /Dental/Receta Médica

**Empleo:** Tiempo Completo /Desempleado/Empleado por cuenta propia

**Por favor explicar porqué círculo ‘Otro’ anteriormente:**

\_\_\_\_\_

***Preguntas financieras:***

**Tamaño del hogar:** \_\_\_\_\_

**Nombres y Edades:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Ingresos Mensuales del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Ingresos del cónyuge :** \_\_\_\_\_

**¿Qué constituye tú ingreso? (marque todo lo que aplique):**



**MADISON FREE CLINIC, INC.**

125 N. Main Street

P.O. Box 914

Madison, Virginia

P: (540) 948-3667

F: (540) 948-2209

info@madisonfreeclinic.org

Empleo/Seguro Social/Incapacidad/Desempleo/Otro \_\_\_\_\_

**¿Qué constituye el ingreso de su cónyuge? (marque todo lo que aplique):**

Empleo/Seguro Social/Incapacidad/Desempleo/Otro \_\_\_\_\_

**¿Presentaste ingresos (taxes) este año? Si/No**

**¿Tienes ayuda financiera de UVA? Si/No**

**Acuerdo del Paciente de la Clínica Gratis de Madison**

Yo, \_\_\_\_\_, me comprometo a mantener mi estatus en la Clínica Gratuita de Madison al día. Entiendo que, si mi estatus vence, podría incurrir en gastos médicos, dentales y de la vista de los proveedores con los que está asociada. Entiendo que debo actualizar mi información financiera cada 6 meses para mantenerme activo en la Clínica. Acepto informar a la Clínica si hay algún cambio en mis finanzas, seguro médico, número de teléfono o residencia.

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

*Carta de Apoyo*

**Fecha:** \_\_\_\_\_

A quien le corresponda:



**MADISON FREE CLINIC, INC.**

125 N. Main Street

P.O. Box 914

Madison, Virginia

P: (540) 948-3667

F: (540) 948-2209

info@madisonfreeclinic.org

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que  
(tu nombre)

\_\_\_\_\_ vive en mi casa en  
(nombre del paciente)

\_\_\_\_\_ (direccion)  
y que le apoyo con comida, ropa, alojamiento y recursos económicos. También  
certifico que \_\_\_\_\_ no tiene empleo en este  
momento.

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

***Liberación de Registros***

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a  
(Nombre del Paciente)



**MADISON FREE CLINIC, INC.**

125 N. Main Street

P.O. Box 914

Madison, Virginia

P: (540) 948-3667

F: (540) 948-2209

info@madisonfreeclinic.org

---

(Consultorio Médico/ proveedor )

Doy permiso para divulgar mi historial médico, incluyendo imágenes, resultados de laboratorio y notas de progreso del proveedor, a la **Clínica Gratuita Madison.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

