



Project Access San Diego/ Proyecto Acceso de San Diego

Patient Enrollment Form/ Forma de Inscripción para Paciente

Patient: Please return this form to your primary care clinic.

Paciente: Por favor de regresar esta solicitud a su clínica.

Project Access San Diego (PASD) will contact you after we have received this completed form.

Proyecto Acceso de San Diego (PASD) le llamara después de haber recibido la solicitud completa

Patient Information/ Información del Paciente

Name/ Nombre:		Married / Casada/o: <input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Male/ Hombre <input type="checkbox"/> Female/ Mujer	Social Security Number/ Seguro Social:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:	Pregnant? / ¿Esta Embarazada? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Phone Number/ Numero de Teléfono:		Other Phone Number/ Otro numero de Teléfono:	
Preferred Language/ Idioma de Preferencia:		Race- Ethnicity/ Pertenencia étnica- Raza	
Address/ Dirección: City, State, Zip/ Ciudad, Estado, Código Postal:		<input type="checkbox"/> White/ Blanco <input type="checkbox"/> Black/ Negro <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian/ Asiatico <input type="checkbox"/> Pacific Islander/ Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Other/ Otro <input type="checkbox"/> Native American/ Nativo Americano <input type="checkbox"/> Multiracial/ Multirracial	
Veteran/ Veterano: <input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No		Disabled/ Incapacitado: <input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Do you live in San Diego County? / ¿Vives en el Condado de San Diego? <input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No			
Please provide a copy of one of the following (check one)/ Proporcione por favor una copia de uno del siguiente (cheque uno) <input type="checkbox"/> CA Driver's License/ Licencia de CA <input type="checkbox"/> CA State Identification/ Identificación de CA <input type="checkbox"/> Utility Bill/ Recibo de un servicio <input type="checkbox"/> Rental Agreement/ Contrato de Renta <input type="checkbox"/> Federal Tax Return/ Declaración de impuestos federal <input type="checkbox"/> School Registration/ Registro de Escuela <input type="checkbox"/> Statement from shelter, service agency, or person you are living with / Declaración del albergue, agencia de servicio, o persona usted está viviendo			
Education Completed/ Educación Completada: <input type="checkbox"/> Less than High School/ Menos que Preparatoria <input type="checkbox"/> GED/ Certificado de Preparatoria <input type="checkbox"/> High School Diploma/ Diploma de Preparatoria <input type="checkbox"/> College or higher/ Universidad o un nivel mas alto			
Religion/ Religión: <input type="checkbox"/> Catholic/ Católico <input type="checkbox"/> Christian/ Cristiano <input type="checkbox"/> Jewish/ Judío <input type="checkbox"/> Muslim/ Musulmán <input type="checkbox"/> None/ Ningún <input type="checkbox"/> Other/ Otro:			
Medical Benefit Information/ Información Beneficios Medical			
Do you have/ Tiene			
	MediCal?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si	<input type="checkbox"/> No
	Medicare?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si	<input type="checkbox"/> No
	CMS?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si	<input type="checkbox"/> No
Have you applied for MediCal? / ¿Usted a aplicado a?			
	Medical?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si	<input type="checkbox"/> No
	Medicare?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si	<input type="checkbox"/> No
	CMS?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si	<input type="checkbox"/> No
Please explain (ie, waiting for a response)/ Por favor explique (ejemplo: estoy esperando un respuesta):			
Include copies of any Notices of Action you have received/ Incluya copias de Avisos de Acción que haya recibido.			
Do you currently have private health insurance? / ¿Tiene aseguranza medica privada? <input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No			
Do you have any of the following? / ¿Tiene alguna de las enfermedades mencionadas?			
<input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure/ Insuficiencia Cardiaca Congestiva	<input type="checkbox"/> Cardiovascular Disease/ Enfermedades Cardiovasculares		
<input type="checkbox"/> Heart Disease/ Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> Asthma/ Asma		
<input type="checkbox"/> Stroke/ Embolia	<input type="checkbox"/> Anemia/ Anemia		
<input type="checkbox"/> Hypertension/ Presión Alta	<input type="checkbox"/> Thyroid Disorder/ Enfermedad de la Tiroides		
<input type="checkbox"/> Cancer/ Cáncer	<input type="checkbox"/> Depression/ Depresión		
<input type="checkbox"/> Diabetes/ Diabetes	<input type="checkbox"/> Substance Abuse (<input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> History of) / Abuso de Drogas (<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Historial de)		
<input type="checkbox"/> Other/ Otro:			

Financial Information/ Información Financiera

What is your monthly household income?/ **¿Cual es su ingreso mensual?** \$ _____ / per month / **al mes**
 List all sources of income. Please provide documentation/ **Enumere todas las fuentes de ingresos. Proporcione por favor la documentación**

Example: Monthly Amount: \$300 Source: Unemployment benefits
Ejemplo: Cantidad Mensual: \$300 Fuente: Beneficios de Desempleo

Monthly Amount / **Cantidad Mensual:** _____ Source/ **Fuente:** _____
 Monthly Amount / **Cantidad Mensual:** _____ Source/ **Fuente:** _____
 Monthly Amount / **Cantidad Mensual:** _____ Source/ **Fuente:** _____

Please list everyone who lives in your home full-time / **Enumere por favor a cada uno que viva en su casa de tiempo completo:**

Name/ Nombre:	Relationship/ Relación:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:
Name/ Nombre:	Relationship/ Relación:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:
Name/ Nombre:	Relationship/ Relación:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:

Are you currently employed?/ **¿Esta empleado actualmente?**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Full time/ Tiempo Completo | <input type="checkbox"/> Part time/ Medio Tiempo | <input type="checkbox"/> Student/ Estudiante |
| <input type="checkbox"/> Unemployed/ Desempleado | <input type="checkbox"/> Seasonal/ Estacional | <input type="checkbox"/> Disabled/ Incapacitado |

If employed, please provide copies of pay stubs/ **Si está empleado, proporcione por favor una copia de un cheque de trabajo**

If you are currently unemployed and without other types of income, please explain how your basic needs are met/ **Si usted es actualmente desempleado y sin otro tipo de ingreso, explique por favor cómo cubre sus necesidades básicas:**

Any additional information about your financial situation you would like Project Access to know/ **Cualquier información adicional sobre su situación financiera que usted quisiera que Proyecto Acceso supiera:**

Emergency Contacts/ Contactos de Emergencia

1.Name/ Nombre:	
Phone Number/ Numero Telefónico:	Relationship/ Relación:
2. Name/ Nombre:	
Phone Number/ Numero Telefónico:	Relationship/ Relación:

Enrollment Agreement

You agree that you will:

- Not schedule appointments with any doctor, clinic, or hospital other than the ones to which you have been referred for the specialty you are seeing through Project Access.
- Follow your treatment plan- for example, get prescribed medications and take them as directed.
- Promptly supply any information that may be requested by the program.
- Allow all information regarding your participation in this program to be shared with other individuals, organizations, and agencies at the discretion of Project Access San Diego (PASD).
- Immediately contact PASD if your income changes or if you become covered by MediCal, Medicare, CMS, VA benefits, disability, employer-sponsored or any other type of health insurance.
- Apply for MediCal or other assistance programs at PASD request.
- Go to an emergency room if you have an emergency, as PASD is an outpatient, nonemergency program. Emergency room visits, however, are not covered by PASD.
- Be disenrolled from the program if we find that you have intentionally misrepresented information regarding finances and/or enrollment in medical assistance programs.

You understand that:

- Your eligibility is for 6 months.
- You must show up on time for all appointments.
- If you miss an appointment, you will be dropped from the program and will not be eligible for re-enrollment.
- You must notify PASD at least one week in advance of an appointment if you need transportation and/or translation.

You certify that:

- You live in San Diego County.
- The information you have given is accurate and complete to the best of your knowledge.
- Your household income is below 350% of the Federal Poverty Level (\$3,034/month for a family of one; \$6,184/month for a family of four)

By signing below, you confirm that you understand and agree to the above conditions.

Patient Signature _____ **Date** _____

IMPORTANT: You must include:

- Proof of residency**
- Proof of income**

Your application will not be processed without these documents.

Please return this form to your primary care clinic.

Project Access San Diego (PASD) will contact you after we have received this completed form.

Acuerdo de Inscripción

Usted esta de acuerdo que:

- No programara citas con cualquier otro medico, clínica, u hospital diferente a los que usted ha sido referido.
- Usted seguirá su plan de tratamiento; por ejemplo, obtener medicamentos prescritos con receta medica y tomarlos.
- Proporcionará inmediatamente cualquier información que pueda solicitarse por el programa.
- Permitirá toda información concerniente a su participación en este programa para ser compartida con otras personas, organizaciones y organismos, como lo indique el Proyecto Acceso San Diego.
- Inmediatamente contactara al Proyecto Acceso San Diego, si sus ingresos cambian, o, si llega a estar cubierto por el Medicare, Medicaid, Beneficios de VA, incapacidad, u otra asistencia cubierta por la aseguranza de su empleo.
- Aplicara para Medicaid u otro programa de asistencia médica, a petición nuestra.
- Irá a una sala de emergencias si usted tiene una emergencia médica. Debido a que el PASD es un programa que no trata urgencias medicas, las visitas de sala de urgencias no son cubiertas por PASD
- Será expulsado del programa si encontramos que usted ha falsificado intencionalmente la información con respecto a finanzas y/o la inscripción en programas de asistencia publica.

Usted entiende que:

- Su plazo de admisión vencerá en 6 meses después de su inscripción.
- Tiene que llegar a tiempo a todas sus citas
- Si usted falta a una cita, será expulsado del programa y no será elegible para re-inscripción.
- Notifique al PASD por lo menos una semana antes de su cita si usted necesita transporte y/o traducción.

Usted puede comprobar que:

- Vive en el Condado de San Diego
- La información que proveyó en la aplicación es verdad
- El ingreso de su casa debe ser debajo de 350% FPL (\$3,034/ por mes para una familia de una persona; \$6,184/ al mes por una familia de cuatro)

Si firma abajo usted asegura que entiende y esta de acuerdo con las condiciones mencionadas:

Firma Paciente _____ **Fecha** _____

IMPORTANTE: Debe de incluir:

- Comprobante de Residencia
- Comprobante de Ingreso

Su aplicación no será procesada sin estos documentos.

Por favor regrese esta solicitud a su clínica para ser procesada.

Proyecto Acceso de San Diego (PASD) le llamara en la brevedad posible después de haber revisado su solicitud completa.