

Requisitos para Programa De Elegibilidad de TOMAGWA

TOMAGWA requiere de la siguiente información con el fin de determinar si usted califica para recibir un descuento en los servicios médicos.

1. Llenar la solicitud incluyendo los nombres de todos los miembros de su hogar.
2. Presentar prueba de identificación no vencida. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:
 - **Licencia de conducir estatal/o tarjeta de identificación**
 - **Pasaporte/documento de inmigración**
3. Comprobante de domicilio. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:
 - **Factura de servicios públicos**
 - **Tarjeta de registro de votante**
 - **Seguro de Auto/registro de vehículo**
 - **Carta de refugio**
4. Comprobante de ingresos de todas las personas que viven en el hogar. Esto puede ser proporcionado a través de los siguientes documentos:
 - **Talones de cheque (que sean con fecha de 60 días o menos)**
 - Pago semanal-* presentar 2-3 cheques
 - Pago quincenal o 2 veces por mes-* presentar 2 cheques
 - Pago mensual-* presentar 1 cheque
 - **Declaración de impuestos del año reciente (incluyendo Schedule C)**
 - **Formulario Declaración de Apoyo (disponible en nuestro sitio web)**
 - **Formulario Verificación de Empleo si no puede presentar talones de cheque (disponible en nuestro sitio web)**
 - **Carta reciente de los siguientes beneficios si los recibe:**
 1. **Seguro Social/Seguro Supplemental**
 2. **Pension/Retiro**
 3. **Documentos de Desempleo**
 4. **Compensación de Trabajadores**
 5. **Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)**
 - **Si le pagan en efectivo o tiene negocio propio llenar:**
 - **Formulario de Declaración de Ingresos (disponible en nuestro sitio web)**

Tenga en cuenta que seguimos las Guías Federales de Pobreza establecidas por el gobierno de los EE. UU. para el año en curso, para determinar su elegibilidad. Este no es seguro de salud. TOMAGWA se reserva el derecho de verificar y determinar la validez de todos los documentos presentados con su solicitud. **La falsificación de cualquier información y/o documentación lo descalificará de recibir cualquier servicio bajo el Programa de Descuento de Pago. Por favor traiga toda su documentación dentro de 30 días para procesar su solicitud de elegibilidad.**

Eligibility Application Solicitud de Elegibilidad

Applicant Information / Información del solicitante		Were you affected by COVID-19? Yes/Si <input type="checkbox"/>		¿ Fue afectado por COVID-19? No <input type="checkbox"/>			
Applicant 's Name (Last, First, Middle) Nombre del solicitante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			Email Address/ Correo electrónico				
Home Phone Number/Número de teléfono (casa)			Cell Phone Number/ Numero celular				
Physical Address <i>Dirección donde reside</i>	City <i>Ciudad</i>	County <i>Condado</i>	State <i>Estado</i>	ZIP (Código postal)			
Mailing Address (Street or P.O. Box) <i>Dirección postal (Calle o P.O. Box)</i>	City <i>Ciudad</i>	County <i>Condado</i>	State <i>Estado</i>	ZIP (Código postal)			
Household información/Información del Hogar							
Household Family includes: All person related by blood, marriage, legal adoption or domestic partnership living under one roof who have income, food and/or rent, and may include dependents away at school.							
Hogar/Familiar a incluye: Toda la familia de sangre, matrimonio, adopción legal o pareja doméstica, unión libre viviendo bajo un techo y que comparten ingresos, comida/renta, y puede incluir dependientes (estudiantes) que viven fuera de casa.							
Fill in line (1) with your information. Fill in the remaining lines for those who live in your household. Llene la primera línea con sus datos personales. Llene las líneas restantes con los datos de todas las personas que viven con usted.							
Name (Last, First, Middle) <i>Nombre (Apellido, Nombre Completo)</i>	Relationship <i>Parentesco</i>	Applying? (Yes or No) <i>¿Aplicando?</i> (Si o No)	Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>	Age <i>Edad</i>	Sex <i>Sexo</i>	Race <i>Raza</i>	Ethnicity <i>Etnicidad</i>
(1)	Self <i>Yo mismo</i>						
(2)							
(3)							
(4)							
(5)							
(6)							
(7)							
(8)							
(9)							
Race / Raza				Ethnicity / Etnicidad			
W- White / Blanca B- Black/Negra A- Asian/Asiatico OPI- Other Pacific Islander/Otra Isla del Pacifico MOR- More than one race/Mas de una raza U- Unreported/Unknown/No declarada/Desconocida AI- American Indian / Indio Americano AN- Alaskan Native/Nativo de Alaska				LH- Latino or Hispano NH- Not Hispanic			

List All of the Household 's Income/ Anote todos los ingresos de la unidad familiar:

Name of person receiving income (18 years and older) <i>Nombre de la persona que recibe ingresos (18 años y mayores)</i>	Source of the income <i>Fuente del ingreso</i>	Amount received <i>Cantidad recibida</i>	How often is the income received? (Weekly, Every two weeks, twice a month, monthly) <i>¿Con que frecuencia recibe el ingreso? (Semanal, cada quincena, dos veces por mes, mensual)</i>
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

Does anyone in the household receive Medicaid/CHIP/Medicare/County Assistance Health Insurance/Dental Insurance? Whom? Please list below

Alguien en su hogar tiene Medicaid/CHIP/Medicare/Asistencia de Condado/Seguro Medico/Seguro Dental? Whom? Favor anotarlos abajo.

Yes/Si No

Name of person insured <i>Nombre de la persona que tienen seguro medico</i>	Type of Medical Assistance <i>Tipo de Asistencia Medica</i>	Effective Date <i>Fecha Efectivo</i>	End Date <i>Fecha de vencimiento</i>
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			

Please note that we follow the Federal Poverty Guidelines established by the U.S. Government for the current year to determine your eligibility. TOMAGWA reserves the right to verify and determine the validity of all documents presented with your application. Falsification of any information and/or documentation will disqualify you from receiving services.

Contribution is due and payable at the time of service. Re-qualification is required annually on your eligibility anniversary date to maintain participation in the program. TOMAGWA Eligibility Assistance is not health insurance. Please provide all supporting documentation within 30 days of your screening interview. It is imperative to keep all appointments for your continuation of medical care and as your patient responsibility please inform TOMAGWA at least 24-48 hours if you need to cancel your appointment.

Tenga en cuenta que seguimos las Guías Federales de Pobreza establecidas por el gobierno de los Estados Unidos para el año en curso, para determinar su elegibilidad. TOMAGWA reserva el derecho de verificar y determinar la validez de todos los documentos presentados junta con su solicitud. La falsificación de información o documentación lo descalificarán de recibir servicios.

Su contribución deberá realizarse al momento que usted recibe el servicio para mantener su participación en TOMAGWA. Se requiere de una recalificación anual durante la fecha de aniversario en la que aplico. La asistencia de elegibilidad de TOMAGWA no se considera un seguro médico. Por favor de proporcionar todos sus documentos dentro de 30 días de su entrevista. Es importante de mantener todas sus citas médicas para brindarle continuación de su cuidado médico. Es la responsabilidad del paciente informar a TOMAGWA por lo menos 24-48 horas si tiene que cancelar su cita médica.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT

ANTES DE FIRMAR, ASEGURESE DE QUE CADA RESPUESTA ESTE COMPLETA Y CORRECTA

I declare that all information is true and correct. I further agree to notify TOMAGWA of any changes in this information within ten (10) days of such change.

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Acepto notificar a TOMAGWA sobre cualquier cambio de información dentro de los diez (10) días de cuando el cambio ocurrió.

Applicant Signature /Firma del solicitante

Date / Fecha

