

**Megan Skaggs**  
Directora Ejecutiva  
mskaggs@stormontvail.org

**Laura Aguirre**  
Asistente Bilingue del Departamento

**Karla Billen**  
Especialista en Inscripcion

**(785)235-0996**

**Llamos si tiene alguna pregunta.  
Nuestro personal esta listo para ayudarle!**



## Que es HealthAccess?

Una asociacion comunitaria para mejorar el acceso al cuidado de la salud para residentes de bajos recursos y sin seguro medico de Topeka/Shawnee County, combinando donaciones de cuidado medico, servicios de hospital y asistencia a medicamentos.

### Para ser elegible usted debe -

1. Vivir en el condado de Shawnee.
2. No estar recibiendo Medicare, Medicaid, Kancare o algun otro beneficio medico estatal/federal o algun otro tipo de cobertura o seguridad medica.
3. Tener un ingreso familiar que no sobrepase de 150% del nivel de pobreza federal—2025 Guia Federal por Mes.
  - Familia de 1=\$1,956
  - Familia de 2=\$2,644
  - Familia de 3=\$3,331
  - Familia de 4=\$4,019

### Para inscribirse en HealthAccess, usted debera enviar la aplicacion completa, eso incluye -

1. Cada parte de la aplicacion completa y con su firma en las dos ultimas hojas.
2. Indicar su Doctor de Cuidado Primario del Condado de Shawnee.
3. Cuatro semanas de comprobante de ingreso o una Carta de Apoyo por la persona o agencia que lo apoyo si no hay ingresos.

*Si alguna de estas 3 cosas hacen faltan no podremos procesar su aplicacion.*

### Las aplicaciones pueden ser enviadas por correo electronico a [haapp@stormontvail.org](mailto:haapp@stormontvail.org) o fax al (785)235-2385

- Una vez inscrito, su Doctor Primario sera a donde usted acuda para sus necesidades medicas. Ellos podran recetarle medicamentos y el programa de HealthAccess le ayudara a cubrir el costo y usted solo tendra una **cuota de \$5.**
- HealthAccess asistira a su proveedor a encontrar especialistas, si es necesario.
- Tenga en cuenta que HealthAccess se enfoca en el cuidado preventivo en lugar del cuidado de emergencia, la Sala de Emergencia no es cubierta. Si usted es admitido, entonces el programa de caridad de HealthAccess comenzara.

# SCMS HealthAccess Aplicacion



Envie su aplicacion por fax (785)235-2385, email [haapp@stormontvail.org](mailto:haapp@stormontvail.org), o por correo a HealthAccess PO Box 615 Topeka, KS 66601

HealthAccess es una asociacion comunitaria para mejorar al acceso al cuidado de la salud para residentes de bajos recursos y sin seguro medico de Topeka/Shawnee County. **Tenga en cuenta que si alguna porcion es dejada en blanco, no podremos procesar su aplicacion.** Ademas, es necesario que envíe ingresos de las 4 semanas mas recientes de su salario, SSI, desempleo, manutencion de los hijos, etc. Si usted no tiene ingresos, provea una carta hecha por la persona o agencia que le ayuda, esto incluye de amigos/familia, Topeka Rescue Mission, Let's Help, etc.

Revisado 1/2025

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico \_\_\_\_\_

De Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

(Pregunta #1 es opcional)

1. Origen Etnico: \_\_\_\_\_

2. Nivel de Educacion:  Menos de Secundaria  Graduado de Secundaria/Diploma  
 Algo de Universidad  Graduado de Universidad

3. Es usted un estudiante y menor de 21? Si  No

4. Estado Civil \_\_\_\_\_ Nombre de Esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

5. Favor de listar todos los que viven en su casa:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

6. Vivienda (circule) Propio, Renta, Vive con Amigos/Familia, Albergue, Otro: \_\_\_\_\_

7. Esta usted trabajando? Si No (Fecha del ultimo dia?) \_\_\_\_\_

8. A estado previamente inscrito en SCMS HealthAccess?  Si  No

9. Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

10. Tiene usted Asegurancia privada, Medicare, o Medicaid?  Si  No

11. Alguna vez ha usted obtenido Asegurancia, incluyendo beneficios del estado?  
 Si  No Cuando y porque fue terminada? \_\_\_\_\_

12. Es possible que usted reciva Medicare, KanCare/Medicaid u otro tipo de Seguro Medico?  
 Si  No Por favor explique: \_\_\_\_\_

13. Esta usted recibiendo algun tipo de asistencia de gobierno en algun estado?  Si  No  
Por favor describa: \_\_\_\_\_

14. Recive usted asistencia alimenticia?  Si  No

15. Tiene usted alguna desabilidad relacionada al servicio militar y sirvio usted un promedio 3 anos?  
 Si  No Es usted elegible para beneficios de veteranos? \_\_\_\_\_

16. Es esto una lesion relacionado con su trabajo?  Si  No  
Puede aplicar para desabilidad o para compensacion del trabajador? \_\_\_\_\_

17. Hay alguna accion legal relacionada con esta lesion/enfermedad?  Si  No

18. Recive algun tipo de beneficio de desabilidad?  Si  No

19. A) Tiene usted un Doctor de atencion primaria?  Si  No

Por favor indique el nombre: \_\_\_\_\_

GraceMed  Pine Ridge Health Center

B) (Solo si no tiene un proveedor primario)

*Todos los pacientes inscritos en HealthAccess es requerido establecerse con un Doctor de Cuidado Primario antes de su inscripcion en HealthAccess. Mayoria de los pacientes asisten a GraceMed (785 861-8800) o Pine Ridge Family Clinic (785 783-8453). Favor de hacer una cita antes de enviar su aplicacion de HealthAccess e indique su eleccion abajo:*

GraceMed  Pine Ridge Health Center

Primer Cita, fecha/hora: \_\_\_\_\_

**Si usted no hace una cita de Nuevo Paciente con alguna de las clinicas mencionadas arriba, no podremos procesar su aplicacion.**

20. Su lesion o enfermedad le va a impedir trabajar por 12 meses o mas?

Si  No

***Yo verifico que la información en esta solicitud es correcta y comprendo que va a ser compartida con mi doctor primario para verificar si soy elegible para el programa.***

21. Cuanto es su ingreso total al mes antes de las deducciones? \_\_\_\_\_

En los espacios abajo, por favor liste todos los ingresos de toda su casa de las últimas 4 semanas:

	Nombre	Cantidad	Cada Cuanto
Cheque de Pago			
Propinas			
Manutencion de los hijos			
Pensión Alimenticia			
Desempleo			
Compensación del trabajador			
Pensión			
Seguro Social			
SRS/Asistencia en Efectivo			
Otro Ingreso			

*Usted debe incluir comprobante de ingreso de las cuatro semanas mas recientes con su aplicacion, esto puede ser un talon de cheque o una carta de su empleador. Si usted trabaja por cuenta propia, favor de proveer prueba de ingresos del mes previo o su declaracion de impuestos mas reciente. Si usted no tiene ingresos, usted debera proveer una carta de apoyo por la persona o agencia que le proporciona ayuda. Si usted no incluye esta informacion, no podremos procesar su aplicacion.*

### **Autorización Para Permitir Revelación de Información de Salud Protegida**

Yo autorizo a todos los proveedores del cuidado de la salubridad quienes proveen servicios o tratamientos a mi persona a través de Shawnee County Medical Society Foundation, Inc.'s Health Access Program para revelar información relacionada con todos los tratamientos médicos sin importar el formato, por eje., por escrito, verbal, o electrónico en la posesión de tal proveedor de cuidado médico (de aquí en adelante "oficina/hospital") al Shawnee County Medical Society y Shawnee County Medical Society Foundation, Inc., y a sus agentes, representantes, y empleados, incluyendo sin limitaciones a Blue Cross and Blue Shield of Kansas, Inc., State of Kansas, GraceMed, Stormont Vail, St. Francis Campus, y sus agentes, representantes, y empleados que dirijan, operen y evalúen el programa de HealthAccess. La Autorización se vencerá cuando se venza mi matricula del Programa de HealthAccess.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar la Autorización por medio de entregar tal revocación en forma escrita a la oficina/hospital. Yo entiendo que Shawnee County Medical Society Foundation, Inc., puede terminar mi participación en el Programa de HealthAccess si yo revoco esta Autorización. Cuando los usos y revelaciones han sido hechos por medio de esta Autorización, pueden ser sujetos a revelación de nuevo por cualquier receptor y ya no será protegida por las leyes de la privacidad federal.

La Oficina/Hospital no condicionara mi tratamiento cuando proporcione autorización para este uso o revelación. Yo entiendo, sin embargo, que el programa de HealthAccess requiere que esta Autorización sea firmada antes de que yo sea permitido/permitida a participar en el Programa de HealthAccess.

Yo entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser usada o revelada bajo esta Autorización. Yo entiendo que puedo rechazar de firmar esta Autorización, pero si yo rehusó firmar esta Autorización, puede ser que yo no sea permitido/permitida a participar en el programa de HealthAccess. Yo entiendo que recibiré una copia de esta Autorización.

---

*Firma del Solicitante (Si el Paciente es menor de 18 años, el nombre del Menor es necesario)*

*Fecha*

---

*Firma del Solicitante (o Firma de la Madre o Padre o Representante del Solicitante si el paciente es Menor de 18 años)*



# RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

## Descripción del Programa

Los médicos, las clínicas del área, las farmacias, los hospitales, y muchos otros están donando sus servicios para ayudarle en su bienestar. A ello no se les paga por los servicios que le brindan a usted. Este no es un programa del gobierno ni un programa por derecho. El cuidado donado puede terminar en cualquier tiempo, por cualquier razón. Health Access no incluye gastos de la sala de emergencia ni servicios de ambulancia. Al firmar este formulario usted autoriza a HealthAccess para que verifique lo que ha reportado durante el proceso de la solicitud., si usted preveo información falsa esto lo hace inelegible para Health Access usted puede ser financieramente responsable de pagar los servicios donados que recibió. Usted también puede recibir cobros por los cuales usted es responsable en caso de que necesite servicios que actualmente no se están donando para el programa de HealthAccess.

Usted esta de acuerdo con lo siguiente:

1. No hará ninguna cita con cualquier médico, clínica u hospital que no sea el lugar a donde usted ha sido referido.
2. Seguirá su plan de tratamiento, por ejemplo: obtendrá medicamentos recetados y los tomará debidamente.
3. Rápidamente proveerá cualquier información que pueda ser requerida por el programa en el tiempo requerido.
4. Permitirá que toda la información relacionada con su participación en este programa sea compartida con otros individuos, organizaciones y agencias a la discreción de SCMS HealthAccess de acuerdo con las leyes estatales y federales.
5. Inmediatamente contactará su sitio de registro o SCMS HealthAccess si sus ingresos cambian o si empieza ser cubierto por Medicare, Medicaid, un seguro privado, u otro seguro médico o beneficios médicos.
6. Solicitará Medicaid, Healthwave u otros programas de asistencia si es elegible.
7. Dará autorización al State of Kansas de compartir información acerca de su elegibilidad para Medicaid y otros programas de SRS con los obreros de SCMS HealthAccess y con proveedores médicos.
8. Contactara SCMS HealthAccess inmediatamente con cualquier cambio de su domicilio o número de teléfono.

## Referencias

Usted esta de acuerdo que:

1. Mantendrá cada cita del medico. (si usted falta 3 o mas citas en 12 meses sin avisar la oficina del medico por lo menos 24 horas antes de su cita, usted será removido del programa.)
2. Si usted no puede mantener una cita, usted es responsable de notificar la oficina del medico con quien tiene la cita, por lo menos 24 horas antes de la cita para cancelar y hacer otra cita.

3. Presentar su SCMS HealthAccess tarjeta de Identificación del Paciente cada vez que usted visite su medico.
4. Llamar a su sitio de registro o medico de SCMS HealthAccess si es que usted necesita ser visto en otro lugar para cuidado medico.

## Asistencia de Medicamentos

Usted entiende que:

1. Hay un cubrimiento máximo de 12 meses de \$1000, y un costo máximo de \$200 por prescripciones, al menos que fondos adicionales sean disponibles y autorizados por adelantado de SCMS HealthAccess.
2. La mayoría de los medicamentos son disponibles, pero no todos los medicamentos están disponibles en este programa. Su medico puede ser contactado y pedirle que use medicamentos que sean cubiertos bajo este programa.
3. Una farmacia puede parar de participar en cualquier tiempo por cualquier razón.
4. Un pago por prescripción será requerida de parte de la farmacia.

Usted tendrá que presentar su tarjeta de medicamentos de Prescription Network de Kansas cada vez que usted necesita llenar una prescripción.

## Por favor Tome En cuenta

1. HealthAccess no discriminara con respecto en raza, religión, color, sexo, incapacitación, edad, origen nacional o antepasado, o cualquier otra manera descrita en guías estatales y federales.
2. HealthAccess no proporciona cuidado medico o servicios ni hace decisiones acerca de planes de tratamiento medico. Esas decisiones permanecerán entre los médicos y pacientes.
3. Todos los voluntarios son contratados independientemente; ellos no son considerados agentes o trabajadores de HealthAccess.
4. HealthAccess no es responsable por lesiones al cuerpo o resultados negativos que potencialmente son experimentados entre las provisiones de servicios por proveedores de cuidado voluntarios. HealthAccess no puede garantizar la habilidad, cuidado o entrenamiento de proveedores voluntario.

**Al firmar este formulario usted confirma que entiende y esta de acuerdo con las condiciones arriba mencionada y que la información de ingresos que proporcionó es precisa. Si usted no sigue las especificaciones arriba mencionadas, será removido del programa de SCMS HealthAccess**  
**Firma del Solicitante (Firma de la Madre o del Padre si el aplicante es menor de 18 años):**

Firma del Solicitante

Fecha