



🏠 31 1st Avenue SE, Hickory, North Carolina
28602

☎ 828.578.7466 fax. 828.345.0517

✉ jmartinez-garcia@ccmhickory.org

2025 GHCCM Aplicación de Salud
Datos Demográficos:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: ____ - __ - _____

Dirección de Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación con el Paciente: _____

Teléfono: _____

de Adultos en el Hogar: _____ | # de Hijos Menores de 20 Años: _____

Estado Civil:

Casado(a) Soltero(a)

Raza:

Blanco Negro Hispano/Latino Asiático Pakistaní Otro: _____

Sexo:

Masculino Femenino Otro: _____

Ciudadanía:

Ciudadano de EE.UU. Residente Permanente

¿Es Veterano?: Sí No

Grado más alto completado: _____

Seguro Médico:

¿Tiene seguro médico? Sí No

Usted tiene:

Medicaid Beneficios de Veterano Seguro Privado

Nombre de Aseguradora: _____

Tipo de Cobertura: _____

Empleo:

¿Actualmente está trabajando? Sí No



🏠 31 1st Avenue SE, Hickory, North Carolina 28602

☎ 828.578.7466 fax. 828.345.0517

✉ jmartinez-garcia@ccmhickory.org

Ingresos: ¿Recibe alguno de los siguientes ingresos?

- Ingresos por Trabajo
 Manutención de Niños/Pensión Alimenticia
 Discapacidad
 Seguro Social
 Desempleo
 Jubilación
 Trabajo por Cuenta Propia
 Estampillas de Comida/SNAP

Fuente de Ingreso	Paciente	Cónyuge/Pareja	Hijo (si trabaja)	Hijo (si trabaja)	Hijo (si trabaja)	Hijo (si trabaja)
Salarios	\$	\$				
Manutención/Pensión	\$	\$				
Discapacidad	\$	\$				
Seguro Social	\$	\$				
Jubilación	\$	\$				
Desempleo	\$	\$				
Estampillas de Comida	\$	\$				
Beneficios de Veterano	\$	\$				
Trabajo por Cuenta Propia	\$	\$				
Contribuciones	\$	\$				
Total	\$	\$				
Total Combinado	\$	\$				

Información de Salud:

¿Es usted diabético(a)? Sí No

Autorización y Declaración:

- Notificaré a Greater Hickory Cooperative Christian Ministry cualquier cambio en mi seguro médico o ingresos del hogar dentro de **una (1) semana** de dicho cambio.
- Atestiguo que toda la información registrada en este documento es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.
- Autorizo a GHCCM a revisar mis registros para fines de verificación, incluyendo revisión por representantes farmacéuticos que suministran mis medicamentos.
- Doy permiso a GHCCM para obtener medicamentos a mi nombre a través del Programa de Asistencia con Recetas. Mi firma en este formulario autoriza a GHCCM a firmar los formularios necesarios en mi nombre.
- **Autorizo a GHCCM a ingresar mi información personal y médica en los sistemas Charity Tracker y Unite Us** para coordinar mi atención y facilitar asistencia a través de agencias colaboradoras.

Firma del Solicitante o Representante: _____ Fecha: _____

Firma del Representante de Admisión o Trabajador Social: _____ Fecha: _____



🏠 31 1st Avenue SE, Hickory, North Carolina
28602

☎ 828.578.7466 fax. 828.345.0517

✉ jmartinez-garcia@ccmhickory.org

Certificación de Cero Ingresos

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Cuánto tiempo lleva sin recibir ingresos?

2. ¿Por qué actualmente no tiene ingresos?

3. ¿Está solicitando beneficios por discapacidad?

Sí No

4. ¿Cómo cubre sus necesidades básicas? ¿Quién paga sus cuentas?

5. ¿Cuál es su plan para mejorar su situación financiera?

6. ¿De qué otra manera le puede ayudar GHCCM?

Comentarios del Entrevistador:

Firma del Cliente: _____ Fecha: ___ / ___ / _____

Firma del Entrevistador: _____ Fecha: ___ / ___ / _____



🏠 31 1st Avenue SE, Hickory, North Carolina
28602

☎ 828.578.7466 fax. 828.345.0517

✉ jmartinez-garcia@ccmhickory.org

AUTO DECLARACIÓN DE FALTA DE VIVIENDA

Yo, _____, declaro que actualmente no tengo una
residencia permanente.

Recibo correo en:

(Dirección Línea 1) _____

(Dirección Línea 2) _____

(Ciudad) _____ (Código Postal) _____

Esta dirección se utiliza únicamente con fines postales.

**Actualmente estoy recibiendo servicios de las siguientes agencias en el condado de
Catawba:**

Entiendo que, bajo pena de fraude, la información proporcionada es verdadera y precisa.
Si se descubre que he proporcionado información falsa o engañosa, GHCCM se reserva el
derecho de suspender o rechazar los servicios para mí.

Firma del Cliente: _____

Nombre en Letra de Imprimir: _____

Firma del Entrevistador: _____



31 1st Avenue SE, Hickory, North Carolina 28602

828.578.7466 fax. 828.345.0517

jmartinez-garcia@ccmhickory.org

DECLARACIÓN DE INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA

Nombre del Cliente: _____

Fecha: _____

¿Para quién se está llenando este formulario?

Yo mismo(a) Esposo(a)/Pareja Hijo(a) Otro: _____

¿Trabaja por su cuenta (trabajo independiente)? Sí No

¿También trabaja para otras personas? Sí No

¿Utiliza boletos o recibos de trabajo? Sí No

¿Declara impuestos sobre sus ingresos? Sí No

Describe el tipo de trabajo que realiza:

Enumere a continuación las fechas y las ganancias de los últimos 3 meses:

Fecha	Tipo de Trabajo Realizado	Cantidad Ganada

Total: \$ _____

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____



🏠 31 1st Avenue SE, Hickory, North Carolina
28602

☎ 828.578.7466 fax. 828.345.0517

✉ jmartinez-garcia@ccmhickory.org

Aviso Sobre el Uso de Números de Seguro Social

(Esto no es una solicitud)

Si los miembros de su hogar desean recibir beneficios como **Asistencia Alimentaria, Asistencia Médica, Asistencia Especial o Asistencia Familiar del programa Work First**, deben proporcionar sus Números de Seguro Social (SSN). Solo aquellas personas que proporcionen o soliciten un número de Seguro Social recibirán beneficios si califican.

Las solicitudes para Asistencia Alimentaria o Asistencia Familiar del programa Work First no se retrasarán ni se negarán únicamente porque un miembro del hogar no proporcione su número de Seguro Social. Sin embargo, a estas personas aún se les puede pedir que respondan otras preguntas relacionadas con la situación financiera del hogar.

Este aviso solo se aplica al uso de los Números de Seguro Social.

Información Importante:

- Cualquier persona en su hogar que desea recibir asistencia **debe proporcionar todos los Números de Seguro Social que tenga y utilice.**
- Si una persona **se niega a proporcionar su número de Seguro Social, no será elegible** para recibir asistencia.
- Si una persona en el hogar **no desea recibir beneficios, no está obligada** a proporcionar su número de Seguro Social. Proporcionar el número en este caso es **completamente voluntario.**

¿Cómo se usará mi número de Seguro Social?

Su número de Seguro Social podrá compartirse con y ser utilizado por las siguientes agencias, únicamente con el fin de verificar ingresos y determinar la elegibilidad:

- **Administración del Seguro Social (SSA)**
- **Servicio de Impuestos Internos (IRS)**
- **Comisión de Seguridad de Empleo (ESC)**
- **Departamento de Transporte (DOT)**
- **Agencias de asistencia pública y de manutención infantil fuera del estado**
- **Cualquier otra agencia gubernamental correspondiente según lo permita la ley**

Su número de Seguro Social solo se usará para verificar **ingresos y bienes** a fin de determinar la elegibilidad para los beneficios.

Permiso para Verificar la Elegibilidad de Medicaid

Al firmar este formulario, usted también autoriza a nuestro **enlace del DSS** a verificar directamente con el Departamento de Servicios Sociales (DSS) su **estatus de elegibilidad para Medicaid**, como parte del proceso de solicitud para servicios relacionados con la salud.

He leído y entiendo las declaraciones en este aviso. Al firmar a continuación, doy permiso para que los números de Seguro Social que proporciono se usen con fines de verificación a través de sistemas autorizados y para que el enlace del DSS verifique mi elegibilidad para Medicaid.

Firma del solicitante/representante: _____

Fecha: _____

Firma del trabajador de verificación/trabajador social: _____

Fecha: _____



🏠 31 1st Avenue SE, Hickory, North Carolina
28602

☎ 828.578.7466 fax. 828.345.0517

✉ jmartinez-garcia@ccmhickory.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DESDE Y HACIA GHCCM / POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Chart #: _____

Sección I – Autorización para compartir información médica

Yo, _____, autorizo a la **Clínica (Dr. John Earle Medical Ministries) y Farmacia del Ministerio Cristiano Cooperativo de Greater Hickory (GHCCM)** a compartir mi información médica protegida, según se describe en la Sección II, con las personas u organizaciones correspondientes para fines de **coordinación médica, referencias, realización de pruebas, servicios farmacéuticos y/o evaluación de elegibilidad.**

Sección II – Tipo de información médica a divulgar

Autorizo a GHCCM a:

Divulgar mi expediente médico completo, incluyendo, pero no limitado a: diagnósticos, resultados de laboratorio, planes de tratamiento, historial de medicamentos y registros de facturación relacionados con todas mis condiciones médicas.

O bien

Divulgar mi expediente médico completo EXCEPTO la siguiente información:

Salud mental

Enfermedades transmisibles, incluyendo VIH/SIDA

Registros de tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas

Información genética

Otra (especifique): _____

Sección III – Derechos del paciente y aviso de privacidad HIPAA

GHCCM cumple con la ley federal **HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico)** y mantiene la confidencialidad y seguridad de todos los registros médicos. Su información médica protegida (PHI) solo será compartida para fines autorizados y conforme a las leyes de privacidad federales y estatales.

- Entiendo que puedo **revocar esta autorización en cualquier momento**, presentando una solicitud por escrito a GHCCM.
- Entiendo que revocar esta autorización podría afectar la capacidad de GHCCM para coordinar servicios, referencias o pruebas médicas en mi nombre.
- Entiendo que la información ya compartida antes de la revocación **no podrá ser retirada.**
- Entiendo que negarme a firmar o cancelar esta autorización **no impedirá que reciba servicios** en GHCCM, a menos que la información sea necesaria para determinar mi elegibilidad a ciertos servicios.
- Reconozco que una **copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de GHCCM (política HIPAA)** está disponible si la solicito.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de Imprimir: _____

Si firma alguien distinto al paciente, indique su relación:

Padre/Madre Tutor legal Apoderado Otro: _____