

**MAVERICK COUNTY HOSPITAL DISTRICT- MEDICAL FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM**

**PRE-QUALIFICATION QUESTIONNAIRE**

Name					
Date of Birth		US Citizen/Resident Alien			
Phone		Social Security Number			
Address					
Marital Status	Single	Separated	Married	Divorced	Widowed

**RESIDENCY:**

Are you a legal resident of Maverick County	YES	NO
If yes, how long?		
Do you intend to remain in Maverick County?	YES	NO
Does household receive any type of housing subsidy assistance?	YES	NO

**HOUSEHOLD COMPOSITION:**

How many members are in your household?	
---	--

**MEDICAL COVERAGE:**

Type of Coverage	Medicaid	Medicare	Private Ins.	Other
Have you or anyone in your household been involved in a motor vehicle accident within the last 3 months?			YES	NO
Have you or anyone in your household been involved in a work related injury?			YES	NO

**INCOME:**

Are you or anyone in your household currently employed?	YES	NO		
Are you or anyone in your household receiving any of the following:	Unemployment	Social Security	Retirement/Pension	Other

**RESOURCES:**

How many vehicles do you own?		Approximate Value?	
How many properties do you own?		Approximate Value?	
Do you have a checking/savings account?		Approximate Value?	
Do you have any cash on hand?		Approximate Value?	
Other resource?		Approximate Value?	

How were you referred to our office?	TV/Newspaper	Hospital/Clinic	Friend/Family Member
--------------------------------------	--------------	-----------------	----------------------

Based on the information you provided, we have determined that you:	MAY BE ELIGIBLE	MAY NOT BE ELIGIBLE
---	-----------------	---------------------

*If potentially eligible, you will be provided with an application. Please return the completed application and required documents to this office as soon as possible for final determination of eligibility. If not eligible, you will be provided with information regarding other available resources, if any. You may still request an application and submit it to this office completed along with the necessary documents.*

*This is not a determination of benefits but a pre-qualification process. Should you be in disagreement with the results and unable to resolve your issue with the Intake Specialist/Counselor, you may request an appointment to speak with the Program Coordinator.*

**MAVERICK COUNTY HOSPITAL DISTRICT- PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA  
CUESTIONARIO PARA PRE-CALIFICAR**

<i>Nombre</i>					
<i>Fecha de Nacimiento</i>		<i>Ciudadano/Residente de Estados Unidos</i>			
<i>Teléfono</i>		<i>Numero de Seguro Social</i>			
<i>Dirección</i>					
<i>Estado Civil</i>	<i>Soltero/a</i>	<i>Separado/a</i>	<i>Casado/a</i>	<i>Divorciado/a</i>	<i>Viudo/a</i>

**RESIDENCIA:**

<i>Es usted residente legal del Condado de Maverick?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Si, por cuanto tiempo?</i>		
<i>Tiené la intención de permanecer en el Condado de Maverick</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Participa la union familiar en asistencia de vivienda?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>

**COMPOSICION FAMILIAR:**

<i>Numero de familiares que viven con Ud?</i>	
---	--

**COBERTURA MEDICA:**

<i>Tipo de cobertura</i>	<i>Medicaid</i>	<i>Medicare</i>	<i>Aseguranza Privada</i>	<i>Otro</i>
<i>Usted o algún miembro de su familia ha estado involucrado/a en accidente automovilístico en los últimos tres meses?</i>			<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Usted o algún miembro de su familia ha sufrido accidente de trabajo? Quien?</i>			<i>SI</i>	<i>NO</i>

**INGRESOS:**

<i>Trabaja actualmente o algún otro miembro de la casa?</i>		<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Hay alguien en la familia que reciba lo siguiente:</i>	<i>Desempleo</i>	<i>Seguro Social</i>	<i>Retiro/Pension</i> <i>Otros Beneficios</i>

**RECURSOS:**

<i>Cuantos vehículos tiene?</i>		<i>Valor aproximado?</i>	
<i>Cuantas propiedades tiene?</i>		<i>Valor aproximado?</i>	
<i>Tiene cuentas de ahorro ó de cheques?</i>		<i>Valor aproximado?</i>	
<i>Tiene dinero efectivo a la mano?</i>		<i>Valor aproximado?</i>	
<i>Otros recursos?</i>		<i>Valor aproximado?</i>	

<i>Quien lo refirió a este programa?</i>	<i>Television/Periodico</i>	<i>Hospital/Clinica</i>	<i>Amigo/Familia</i>
--	-----------------------------	-------------------------	----------------------

<i>Basandonos en la informacion proveida por usted, hemos determinado que:</i>	<i>Puede ser elegible</i>	<i>No puede ser elegible</i>
--	---------------------------	------------------------------

*Si puede ser elegible, se le dará una aplicación. Llene completamente la aplicación y regrésela con los documentos requeridos a esta oficina lo más pronto possible para tomar una decision final sobre su caso. Si no es elegible,se le proporcionara información sobre otros recursos disponibles a su*

*alcance, si es que hubiere alguno. Aun así puede solicitar una aplicación, llenarla completamente y entregarla a la oficina junto con la documentación necesaria.*

*Esta no es una determinación de beneficios, solamente es un proceso precalificativo. Si usted no está de acuerdo con los resultados y no pudo resolver el caso con la consejera, entonces puede solicitar una cita para hablar con la Coordinadora del Programa.*