

## Descripción general del programa **PARA ASESORES FINANCIEROS**

**P**roject Access Northwest tiene un **Programa de Asistencia Premia** que paga mensualmente primas de seguro de salud para clientes selectos de bajos ingresos que compran seguro en el sitio web de Washington Healthplanfinder. Los clientes pueden recibir atención médica en momentos apropiados en un entorno de práctica familiar y acceder a atención secundaria y terciaria cuando sea necesario.

### Requisitos del programa

- Los clientes deben ser referidos por una agencia comunitaria.
- Los clientes deben aceptar compartir toda la información proporcionada al Intercambio con Project Access Northwest.
- Los clientes deben aceptar compartir todas las comunicaciones de la compañía de seguros relacionadas con la cobertura con Project Access Northwest.
- El ingreso familiar de los clientes debe estar en o por debajo del nivel federal de pobreza del 300 por ciento.
- Los clientes deben ser elegibles para un Plan de Salud Calificado con Créditos Fiscales.
- Los clientes no pueden ser elegibles para Washington Apple Health (Medicaid) o Medicare o seguro patrocinado por el empleador que el intercambio considere asequible.
- Los clientes deben elegir un plan de Plata en el página de Washington HealthPlanfinder.
- Si se aprueba, los clientes deben aceptar aplicar créditos fiscales mensuales completos y elegir un plan plateado.

### Proceso del programa

Los clientes potenciales son referidos al Navegador del Programa de Asistencia Premia (Navigator). Los clientes deben aceptar asociar sus cuentas de Exchange con la cuenta del Coordinador. La elegibilidad se determinará en función de la información recopilada a través de la cuenta de cada cliente, una conversación telefónica con el cliente y los fondos disponibles del programa.

Si un cliente es aprobado para asistencia, el Navegador manejará el pago inicial y todos los pagos recurrentes por el resto del año de la póliza.

**Los clientes son responsables de informar al Navegador de cualquier cambio en la información de su hogar, ya que esto puede afectar la elegibilidad en Washington Healthplanfinder y para el Programa de Asistencia Premia.** Cualquier inexactitud en la información del hogar puede resultar en multas fiscales durante la presentación de impuestos.

Los clientes siguen siendo responsables de cualquier otro costo asociado con sus planes de seguro de salud. Estos costos pueden incluir (pero no se limitan a) deducibles, copagos, gastos de la sala de emergencias y recetas.

### Gerente del Programa de Asistencia Premia:

**Yesenia Mendoza Ramos**

206-496-1579

[yeseniam@projectaccessnw.org](mailto:yeseniam@projectaccessnw.org)

**Asistencia Premia** (Premium Assistance Program)

**Información del cliente**

NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE:	APELLIDO(S):
FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE TELÉFONO:		IDENTIFICACIÓN DEL BUSCADOR DE WASHINGTON HEALTH PLAN:
GÉNERO:	CORREO ELECTRÓNICO:		IDIOMA PREFERIDO :
FUENTE DE INGRESOS:	INGRESOS MENSUALES:		TAMAÑO DEL HOGAR:

**Describa su situación y necesidad de cobertura**

**Consentimiento para participar en el Programa de Asistencia Premia**

Al dar su consentimiento, usted acepta compartir información para ser elegible para la cobertura de un plan de salud calificado a través de Washington Health Plan Finder. Su información personal puede compartirse de forma segura en el Buscador de planes de salud de Washington de acuerdo con las leyes de privacidad para conectarlo con los servicios. Este consentimiento cubre toda la información compartida por usted o por cualquier persona que tenga derecho a compartir información en su nombre. Siempre puede limitar la información que proporciona solicitando que se elimine.

Por favor, firme y ponga la fecha en el cuadro de abajo:

FIRMA	FECHA
NOMBRE IMPRESO DEL FIRMANTE	<input type="checkbox"/> FIRMA TELEFÓNICA <input type="checkbox"/> SEP

**¿Preguntas?** Comuníquese con Yesenia Mendoza Ramos: 206-496-1579, [yeseniam@projectaccessnw.org](mailto:yeseniam@projectaccessnw.org)

**Perfil de Salud (Basic Health Profile)**

En este momento, nos gustaría obtener un perfil de salud básico para nuestros registros. **Estas preguntas no afectan su elegibilidad.**

**Cobertura medica**

ANTES DE ESTE PROGRAMA, ¿TENÍAS SEGURO?

SÍ  NO

En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo? Si no, ¿cuáles fueron algunos factores para no obtener un seguro?

**Historial medico**

¿ALGUNA VEZ UN MÉDICO LE HA DICHO QUE TIENE O HA TENIDO ENFERMEDAD AFECCIÓN MÉDICA?

- CORAZÓN
- DIABETES
- GOLPE
- ARTRITIS
- PULMONES
- PRESIÓN ARTERIAL ALTA
- CÁNCER
- HÍGADO
- OTRO

EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA VISTO A SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O MÉDICO DE FAMILIA?

SÍ  NO

Si es así, ¿cuántas veces?

¿Cuándo fue tu última vez?

¿EN EL ÚLTIMO AÑO, HA ACUDIDO AL EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS?

SÍ  NO

Si es así, ¿cuántas veces?

¿Fuiste admitido?

SÍ  NO

EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA SIDO VISTO POR UN ESPECIALISTA?

SÍ  NO

Qué especialidades

¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO RECETADO?

SÍ  NO

Si es así, nombre de las recetas

**Costos medicos**

¿HA INCURRIDO EN ALGÚN COSTO ADICIONAL DE SU ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE LAS PRIMAS MENSUALES? (Ej: Copagos, deducibles?)

SÍ  NO

¿HA VISTO A UN ASESOR FINANCIERO PARA HABLAR SOBRE LA ASISTENCIA PARA ESTOS?

SÍ  NO

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE LA COBERTURA DE LA PRIMA, DEBERÍA HABER FONDOS PARA CUBRIRLO?

SÍ  NO