



Best Chance Network Lista de verificación de documentos

Los programas Best Chance Network (BCN) requieren que cada solicitante muestre prueba de identificación, residencia (dirección) e ingresos, para determinar si son elegibles para los servicios. Por favor lea la siguiente declaración antes de completar este formulario.

Certifico bajo pena de juramento falso que la información que he proporcionado como proveedor autorizado y contratado para los servicios médicos Best Chance Network (BCN) se ha obtenido y verificado. Entiendo que la información que proporcione se usará para determinar la elegibilidad del paciente para los servicios médicos Best Chance Network (BCN). Entiendo que, como proveedor contratado de estos servicios, el Departamento de Salud Pública de Carolina del Sur (SC DPH) puede auditar o solicitar cualquier documento de elegibilidad o de respaldo, para verificar que el paciente cumpla con los requisitos de elegibilidad.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Este formulario se completa para verificar (marque todos los que correspondan y luego encierre en un círculo los documentos utilizados en las listas a continuación): | <input type="checkbox"/> 1. Ingresos | <input type="checkbox"/> 2. Residencia | <input type="checkbox"/> 3. Identificación y edad | <input type="checkbox"/> 4. Seguro de Salud (Medicaid, Medicare, Otro) |
|---|---|---|---|---|

1. Para verificar ingresos / tamaño de la familia

- Declaración de ingresos / tamaño de la familia
- Declaración de empleador
- Número de seguro social/declaración VA
- Beneficios de jubilación
- Declaración de empleado autónomo
- Recibos de pagos
- Declaración/cheque de manutención de menor

2. Para verificar residencia (30 días consecutivos en el estado):

- Declaración de residencia en Carolina del Sur (empleador, vecino, otro)
- Licencia de conducción
- Identificación de estado
- Dirección de correo postal
- Tarjeta de inscripción como votante
- Identificación de escuela o trabajo

3. Para verificar identificación:

- Licencia de conducción
- Identificación de estado
- Pasaporte
- Documento de ciudadanía de los Estados Unidos o de inmigración (visa)

4. Para verificar el estado de seguro de salud:

- Declaración de Estado de Seguro
- Copia de tarjeta de aseguramiento
- Explicación de beneficios
- Declaración de empleador de estado de seguro

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Firma de miembro del personal: _____ | Fecha: _____ |
|--------------------------------------|--------------|

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| Nombre del intérprete: _____ | Nombre: _____ |
| Fecha: _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| Hora: _____ | Numero de Seguro Social: _____ |

Best Chance Network
Lista de verificación de documentos

Explicación: El propósito de este formulario es crear un registro de los documentos usados para verificar identificación, residencia, ingresos familiares o cobertura de seguridad médica de Best Chance Network.

Instrucciones:

Bloque de comprensión: El proveedor lee y entiende la declaración de certificación.

Este formulario se llena para: Marque el(las) área(s) específica(s) para la(s) que el solicitante está proporcionando documentos. (Puede encerrar las cuatro razones)

Para verificar: El proveedor encierra en un círculo los documentos utilizados.

Firma de miembro del personal: El miembro del personal del proveedor de entrevistas firma con su nombre y escribe la fecha

Casilla para uso exclusivo de la oficina: Adjunte una etiqueta del participante o escriba el nombre del participante, su fecha de nacimiento y últimos cuatro números del seguro social.

Proceso de oficina: La lista de verificación del documento original se debe introducir en el registro médico con documentos de BCN para esa fecha de servicio. Mantenga este formulario firmado en el registro médico durante seis años después de la fecha de expiración del contrato. Los registros de BCN deben estar disponibles para auditoría.

Si se requieren servicios de intérprete:

* Los miembros del personal que atiendan a solicitantes que requieran servicios de intérprete, se pondrán en contacto con el intérprete. El solicitante hablará con el intérprete y éste traducirá la información al miembro del personal del proveedor. A los solicitantes de habla hispana se les entregará una copia del formulario de la Lista de Verificación de Documentos, para que la revisen durante el proceso de interpretación.

Nombre del intérprete: El personal documenta el nombre del intérprete.

Hora: El personal documenta la hora en que se realizan los servicios.

Fecha: El personal documenta la fecha en que se realizan los servicios.