Barnabas CENTER

CONNECTING PEOPLE, HELP AND HOPE

Entrada común para los servicios de
Asistencia financiera, Servicios médicos y/o dentales.

Fecha: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido(s)_____

Sufijo: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Jr. ☐ Sr. Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad y Estado: _____ Código Postal: _____

Residente del Condado de Nassau: Si ☐ No ☐ Correo Electrónico:_____

Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____ Trabajo:_____

Raza: ☐ Asiático/Isleño del Pacífico ☐ Negro/Afro Americano ☐ Blanco/Caucásico ☐ Nativo/Americano

☐ Multiracial ☐ Otro _____ ☐ Prefiero no responder

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario

Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Pareja ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

¿Cuantos adultos (18 años de edad o más) <u>incluido usted</u> viven en el mismo hogar? _____

¿Cuantos niños (17 años de edad o menos) viven en el mismo hogar con usted? _____

Motivo de la cita en Barnabas Center (Centro de Bárnabas):

☐ Pago de Alquiler ☐ Pago de Servicios Públicos (agua, luz) ☐ Servicios Médicos ☐ Servicios Dentales
☐ Bicicleta ☐ Ropa ☐ Artículos para el hogar ☐ Programa de Empoderamiento

Vivienda: ☐ Vivo en un hotel/motel ☐ Alquilo ☐ Propietario ☐ Vivo con amigo/familia

☐ Vivo en un refugio/hogar de paso ☐ Vivo en un lugar no destinado para la habitación humana

¿Perderá su Vivienda actual en los próximos 30 dias y no tiene otro lugar para vivir?
☐ No ☐Si

¿Actualmente tiene empleo? ☐ Si ☐ No **Nombre del Empleador**: _____

¿Esta usted retirado o recibe ingreso por discapacidad? ☐ Si ☐ No

Cuándo fue la última vez que trabajó? (mes y año): _____ **Grado escolar completado**: _____

Recibe usted estampillas de comida? ☐ No ☐ Si : Cantidad por mes: _____

Idioma principal: ☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro _____

s usted Veterano Militar de los Estados Unidos? : ☐ Si ☐ No

s usted ciudadano de los Estados Unidos? : ☐ Si ☐ No

iene usted lisencia de conducción o identificación válida ? : ☐ Si ☐ No

iene usted prueba de <u>todos</u> los ingresos en su hogar? ☐ Si ☐ No

iene un vehiculo para el transporte? : ☐ Si ☐ No

ontacto de emergencia y número de teléfono:_____

Cómo se enteró acerca de Barnabas Center? (Centro de Barnabas) ☐ Ex cliente ☐ amigo/familiar ☐ nuncio ☐ Hospital ☐ Periódico ☐ Autobús de salud de Barnabas Center ☐ Página Web ☐

tro: _____

dultos aparte de usted en el hogar (18 años de edad o más):

pellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____ FDN: _____

pellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____ FDN: _____

pellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____ FDN: _____

iños en el hogar (17 años de edad o menos)

pellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____ FDN: _____

pellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____ FDN: _____

pellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____ FDN: _____

pellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____ FDN: _____

Estatus de elegibilidad para Barnabas Center:

◯ 300% FPG (Lineamientos Federales de Pobreza) **eligible para servicios Dentales únicamente.**

◯ 300% of FPG (Lineamientos Federales de Pobreza) eligible para servicios médicos y dentales.

◯ 200% of FPG (Lineamientos Federales de Pobreza)

Firma empleado Barnabas Center _____

irma:_____ Fecha: _____

Barnabas
CONNECTING PEOPLE,
HELP AND HOPE

Información del Seguro de Salud

¿Qué tipo de seguro médico tiene?

- ☐ Private
- ☐ MEDICARE
- ☐ United Health
- ☐ CHAMPVA (veterans)
- ☐ MEDICAID
- ☐ Sunshine Health
- ☐ Dental
- ☐ Humana Health
- ☐ Ambetter Health
- ☐ NINGUNO

Se verificará el estado del seguro.

Por favor proporcione su número de seguro social: _____

Por favor proporcione su fecha de Nacimiento: _____

Imprime su nombre completo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

◯ El paciente NO tiene seguro

◯ El paciente tiene seguro

Tipo de seguro: _____

Firma del Personal de Barnabas: _____

Barnabas
CONNECTING PEOPLE,
HELP AND HOPE

SOLICITUD DE DESIGNACIÓN DE PERSONAS INVOLUCRADAS EN MI CUIDADO

¿Hay personas a las que desea permitir:

- Hacer o cancelar citas en su nombre?
- Consultar su tratamiento dental?
- Consultar su cuenta financiera / hacer pagos en su cuenta?

Solicito que Barnabas Health Services permitan la comunicación con respecto a la atención del paciente anterior a las personas que he listado a continuación. Me doy cuenta de que si concuerdo, esta designación permanecerá en efecto hasta que complete un nuevo formulario de HIPAA 4000.

Imprima el Nombre: _____ Relación/Teléfono #: _____

Imprima el Nombre: _____ Relación/Teléfono #: _____

Imprima el Nombre: _____ Relación/Teléfono #: _____

Contacto de Emergencia

Un contacto de emergencia debe ser alguien que tiene un número de teléfono alternativo al que aparece en la lista para usted, como paciente nuestro, al que podemos llamar si tenemos un problema de salud emergente relacionado con su atención.

Imprima el Nombre: _____ Relación/Teléfono #: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Debe estar firmado por el paciente o tutor legal. Si tiene documentos legales que lo designan como el cuidador, proporcione copias de esa documentación.

Barnabas Health Services no está obligado a aceptar todas sus solicitudes, sin embargo, si es razonable y administrativamente posible, haremos todo lo posible para cumplir.

NOTA: Como defensor designado para el paciente, esto no permite que ninguna persona designada solicite registros médicos sobre el paciente. Dicha acción requerirá una autorización firmada por el paciente. Gracias.

Formulario de Ingresos/Gastos

Nombre del Participante: _____

INGRESOS BRUTOS MENSUALES	
INGRESOS	$
DESEMPLEO	$
MANUTENCION DE HIJOS	$
MANUTENCION CONYUGAL	$
Soc.Sec./Soc. Sec. Disability	$
SSI	$
COMPENSACION DEL TRABAJADOR	$
CUPONES DE COMIDA	$
TANF	$
PENSION DE VETERANOS	$
PENSION DE TRABAJO	$
OTRO APOYO	$
	$
TOTAL	$
INGRESO TOTAL DEL HOGAR:	$

OTRO MIEMBRO DEL HOGAR INGRESOS BRUTOS	
INGRESOS	$
DESEMPLEO	$
MANUTENCION DE HIJOS	$
MANUTENCION CONYUGAL	$
Soc.Sec./Soc. Sec. Disability	$
SSI	$
COMPENSACION DEL TRABAJADOR	$
CUPONES DE COMIDA	$
TANF	$
PENSION DE VETERANOS	$
PENSION DE TRABAJO	$
OTRO APOYO	$
	$
TOTAL	$

GASTOS MENSUALES	
RENTA/IPOTECA	$
ELECTRICIDAD	$
COMIDA	$
PROPANO	$
AGUA	$
CABLE	$
PAGO DE AUTO	$
SEGURO DE AUTO	$
CUIDADO DE NIÑOS	$
PAGO DE TARJETA DE CREDITO	$
TELEFONO	$
CELULAR/MOVIL	$
MEDICINA	$
SEGURO DE SALUD	$
GASOLINA	$
DEDUCIONES DE PAGO	$
OTROS GASTOS	$
TOTAL	$

RESUMEN	
INGRESO TOTAL DEL HOGAR	$
GASTOS TOTALES DEL HOGAR	$
INGRESO TOTAL - GASTOS TOTALES	$

Notas del Entrevistador:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del entrevistador

El Estatuto 817 de Florida establece que las declaraciones falsas intencionadas o declaraciones falsas sobre información de ingresos, activos o pasivos relacionadas con una situación financiera son un delito menor de primer grado, punible con multas y encarcelamiento 777.082 o 775.83.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

Revised 1-2016

Programa de Empoderamiento de Barnabas

Barnabas está aquí para darte las herramientas y el apoyo para mejorar su vida.

¿Desea asistencia personalizada con un administrador de casos?

¿Cómo podemos ayudarte, marque la ayuda que necesita?

☐ Buscar empleo ☐ Curriculum/Resume ☐ Técnicas de entrevista

☐ Presupuesto ☐ Ahorrar ☐ Habilidad de comunicación

☐ Establecer objetivos ☐ Recursos locales ☐ Otro _____

Comparta sus preocupacione:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nuestro administrador de casos se pondrá en contacto con usted.

Nombre: _____(por favor, imprime)

Teléfono:_____

Correo electrónico:_____

☐ Por favor marcar si no está interesado

BARNABAS MEDICAL/ DENTAL SERVICES

Ofrecemos a nuestros pacientes la opción de responder **voluntariamente** las siguientes preguntas. Un Coordinador de recursos de Barnabas Center (Centro de Barnabas) estara disponible para hablar con usted acerca de los recursos que podrían ser de ayuda para usted.

Fecha:_____

Nombre del paciente:_____ Numero de telefono:_____

	En los últimos 12 meses ¿cree usted que comio menos de lo que debia porque no tenia suficiente dinero para comprar comida?	___ Si ___No
	En los últimos 12 meses ¿ha recibido corte en los servicios públicos domiciliarios de su hogar por falta de pago?	___ Si ___No
	En los últimos 12 meses, ¿ha usted necesitado ver un doctor, pero no pudo hacerlo por el costo?	___ Si ___No
	En los últimos 12 meses, ¿ha usted necesitado ver un dentista, pero no pudo hacerlo por el costo?	___ Si ___No
	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha tenido que quedarse sin atención médica porque no tenía cómo llegar allí?	___ Si ___No
	¿Le preocupa que dentro de los siguientes 2 meses, tal vez no tenga una Vivienda estable?	___ Si ___No
	¿Le preocupa que su salud o seguridad estan en riesgo dentro de su hogar?	___ Si ___No
	¿Tiene usted asuntos legales que le estan impidiendo obtener un empleo o Vivienda?	___ Si ___No
	Firma_____ Número de teléfono:_____	___ Si ___No

Firma Coordinador:_____

Fecha de revision con paciente: _____

Barnabas
Health Services, Inc.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Barnabas Center, Inc.
TELEFONO: 904-261-7000
FAX: 904-277-2984

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Respetamos nuestra obligación legal de mantener privada la información de salud que lo identifica. Estamos obligados por ley a darle aviso de nuestras prácticas de privacidad. Este Aviso describe cómo protegemos su información de salud y qué derechos tiene con respecto a ella.

TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

La razón más común por la que usamos o divulgamos su información de salud es para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos información para fines de tratamiento son: concertar una cita para usted; examinando tus dientes; recetar medicamentos y enviarlos por fax para que se llenen; refiriéndolo a otro médico o clínica para otro cuidado de la salud o servicios; u obtener copias de su información de salud de otro profesional que haya visto antes que nosotros. Algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para fines de pago son: preguntarle sobre sus planes de atención médica o dental u otras fuentes de pago; preparar y enviar facturas o reclamos; y cobrar montos impagos (ya sea nosotros mismos o a través de una agencia de cobro o un abogado). "Operaciones de atención médica" significa aquellas funciones administrativas y gerenciales que tenemos que hacer para dirigir nuestra oficina. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para las operaciones de Barnabas Inc. son: programas internos de Barnabas que le brindan servicios; auditorías financieras o de facturación; garantía de calidad interna; decisiones de personal; participación en planes de atención administrada; defensa de asuntos legales; planificación empresarial; y almacenamiento externo de nuestros records.

Utilizamos rutinariamente su información de salud dentro de nuestra oficina para estos fines sin ningún permiso especial. Si necesitamos divulgar su información de salud fuera de nuestra oficina por estos motivos, generalmente no le solicitaremos un permiso especial por escrito.

USOS Y DIVULGACIONES POR OTRAS RAZONES SIN PERMISO

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o requiere que usemos o divulguemos su información de salud sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicarán a nosotros; algunos nunca pueden aparecer en nuestra oficina en absoluto. Tales usos o divulgaciones son: cuando una ley estatal o federal exige que cierta información de salud sea reportada para un propósito específico; para fines de salud pública, como informes de enfermedades contagiosas, investigación o vigilancia; y avisos hacia y desde la Administración Federal de Alimentos y Fármacos (FDA, por sus siglas en inglés) con respecto a medicamentos o dispositivos médicos; divulgaciones a las autoridades gubernamentales sobre víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica; divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o agencias administrativas divulgaciones con fines policiales, como para

proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es una víctima de un delito; para proporcionar información sobre un crimen en nuestra oficina; o para reportar un crimen que sucedió en otro lugar; divulgación a un médico forense para identificar a una persona muerta o determinar la causa de la muerte; o a directores de funerarias para ayudar en el entierro; o a organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos; usos o divulgaciones para investigaciones relacionadas con la salud; usos y divulgaciones para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad;
usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, como para la protección del presidente o de funcionarios gubernamentales de alto rango; para actividades legales de inteligencia nacional; para fines militares; o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio extranjero;disclosures of de-identified information; divulgaciones relacionadas con los programas de compensación del trabajador; divulgaciones de un "conjunto limitado de datos" para investigación, salud pública o operaciones de atención médica; divulgaciones incidentales que son un subproducto inevitable de usos o divulgaciones permitidas; divulgaciones a "socios comerciales" que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información de salud.

A menos que tenga una objeción, también compartiremos información relevante sobre su cuidado con su familia o amigos que lo están ayudando con su cuidado dental.

RECORDATORIOS DE CITAS

Podemos llamar o escribir para recordarle citas programadas, o que es hora de hacer una cita de rutina. También podemos llamar o escribir para notificarle sobre otros tratamientos o servicios disponibles en nuestra oficina que podrían ayudarlo. A menos que nos indique lo contrario, le enviaremos por correo un recordatorio de cita en una tarjeta postal, y / o le dejaremos un recordatorio en el contestador automático de su casa o con alguien que conteste su teléfono si no está en casa.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme un "formulario de autorización" por escrito. El contenido de un "formulario de autorización" está determinado por la ley federal. A veces, podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o la divulgación es nuestra idea. A veces, puede iniciar el proceso si es su idea que enviemos su información a otra persona. Normalmente, en esta situación, nos dará un formulario de autorización debidamente completado o puede usar uno de los nuestros. Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, no tiene que firmarlo. Si no firma la autorización, no podemos hacer el uso o la divulgación. Si firma uno, puede revocarlo en cualquier momento a menos que ya hayamos actuado confiando en él. Las revocaciones deben estar por escrito. Envíelos a la persona de contacto de la oficina nombrada al comienzo de este Aviso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

La ley le otorga muchos derechos con respecto a su información de salud. Usted puede:
solicite que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pagos u operaciones de atención médica. No tenemos que aceptar hacer esto, pero si aceptamos, debemos respetar las restricciones que desee. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al comienzo de este Aviso.

Pídanos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, llamándolo por teléfono al trabajo en lugar de hacerlo a su casa, enviando por correo la información de salud a una dirección diferente o utilizando el correo electrónico a su dirección personal de correo electrónico. Aceptaremos estas solicitudes si son razonables, y si nos paga por cualquier costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al comienzo de este Aviso.

Pida ver o obtener fotocopias de su información de salud. Por ley, hay algunas situaciones limitadas en las que podemos negarnos a permitir el acceso o la copia. Sin embargo, en la mayoría de los casos, podrá revisar o tener una copia de su información de salud dentro de los 30 días de habernos preguntado (o de sesenta días si la información se almacena fuera del sitio). Puede

que tenga que pagar las fotocopias con anticipación. Si denegamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación si hay una disponible legalmente. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para que podamos darle acceso o fotocopias si le enviamos un aviso por escrito de la extensión. Si desea revisar u obtener fotocopias de su información de salud, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al comienzo de este Aviso.

Pídanos que modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o incompleta. Si aceptamos, enmendaremos la información dentro de los 60 días a partir de la fecha en que nos lo solicite. Enviaremos la información corregida a personas que sabemos que obtuvieron la información incorrecta, y otras que usted especifique. Si no estamos de acuerdo, puede escribir una declaración de su posición, y la incluiremos con su información de salud junto con cualquier declaración de refutación que podamos escribir. Una vez que su declaración de posición y / o nuestra refutación esté incluida en su información de salud, la enviaremos cuando hagamos una divulgación permitida de su información de salud. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para considerar una solicitud de enmienda si le notificamos por escrito la extensión. Si desea solicitarnos que modifiquemos su información de salud, envíe una solicitud por escrito, incluyendo sus razones para la modificación, a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.

Obtenga una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud en los últimos seis años (o un período más corto si lo desea). Por ley, la lista no incluirá: divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; divulgaciones con su autorización; revelaciones incidentales; divulgaciones requeridas por la ley; y algunas otras divulgaciones limitadas. Usted tiene derecho a una de esas listas por año sin cargo. Si desea listas más frecuentes, deberá pagarlas por adelantado. Por lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días posteriores a su recepción, pero por ley podemos tener una prórroga de 30 días si le notificamos la extensión por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al comienzo de este Aviso.

Obtenga copias impresas adicionales de este Aviso de prácticas de privacidad cuando lo solicite. No importa si ya recibió una forma electrónica o en papel. Si desea copias en papel adicionales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al comienzo de este Aviso.

NUESTRO AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Por ley, debemos cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad hasta que optemos por cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permita la ley. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a su información de salud que ya tenemos, así como a la información que podamos generar en el futuro. Si cambiamos nuestro Aviso de prácticas de privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina y lo publicaremos en nuestro sitio web.

QUEJAS

Si considera que no hemos respetado debidamente la privacidad de su información de salud, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentar una queja ante nosotros, envíe una queja por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al comienzo de este Aviso. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.

PARA MAS INFORMACION

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a la persona de contacto de la oficina a la dirección o al número de teléfono que se muestran al comienzo de este Aviso.

Updated 5/2015

1303 Jasmine Street, Suite 101
Fernandina Beach, FL 32034
(904) 261-7000
www.BarnabasNassau.org

Barnabas
CONNECTING PEOPLE,
HELP AND HOPE

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE

TIENE EL DERECHO A:

1. Ser tratado con cortesía y respeto;
2. Tener protección de su necesidad de privacidad;
3. Una respuesta rápida y razonable a sus preguntas y solicitudes;
4. Saber qué servicios están disponibles; incluyendo si hay un intérprete disponible si necesita uno para traducir;
5. Acceso a servicios de Barnabas sin importar raza, sexo, edad, origen nacional, religión o discapacidad;
6. Rechazar los servicios de Barnabas;
7. Presente una queja por escrito si siente que se han violado sus derechos o si cree que ha sido tratado injustamente.

USTED ES RESPONSABLE POR:

1. Proporcionar información precisa y completa según se requiera para recibir los servicios de Barnabas;
2. Informar cambios en su información requerida;
3. Mantener citas programadas y dar un aviso de 24 horas si no puede mantener una cita;
4. Comportamiento que no sea amenazante, ofensivo o agresivo para los demás;
5. Pago de cualquier tarifa requerida por los servicios.

Updated 2016

Barnabas
CONNECTING PEOPLE, HELP AND HOPE

1303 Jasmine Street, Suite 101
Fernandina Beach, FL 32034
(904) 261-7000
www.BarnabasNassau.org

Acuerdo de Exoneración

El participante de Barnabas y / o sus familias acuerdan no responsabilizar a Barnabas Center, Inc., y sus subsidiarias, una organización caritativa, sin fines de lucro, sus funcionarios, directores, empleados y voluntarios. El participante además acepta no responsabilizar a la organización, sus funcionarios, directores, empleados y voluntarios de los efectos nocivos, lesiones o pérdidas (incluida la muerte) que puedan derivarse o estar relacionados con las obligaciones o servicios que se les brinden. por Barnabas Center, Inc. y sus subsidiarios.

Barnabas
CONNECTING PEOPLE, HELP AND HOPE

1303 Jasmine Street, Suite 101
Fernandina Beach, FL 32034
(904) 261-7000
www.Barnabasnassau.org

POLITICA DE SERVICIO

A. Es la política de Barnabas Center y Barnabas Health Services fomentar el comportamiento adecuado del cliente / paciente / cliente / participante dentro de todos sus programas y sitios. Con el interés de mantener un ambiente seguro para clientes, pacientes, participantes, clientes, voluntarios y personal, Barnabas se reserva el derecho de rechazar el servicio a cualquier persona cuyas acciones o comportamiento sean inapropiadas e incluye, pero no se limita a cualquiera de lo siguiente:
   a. Posesión de arma(s) de cualquier tipo;
   b. Acoso, lenguaje abusivo o difamatorio, lesiones, violencia o amenazas de violencia hacia el personal, voluntarios, clientes, pacientes, clientes, participantes, inquilinos u otros en la propiedad de Barnabas o afiliados a Barnabas;
   c. Robo o daño de la propiedad de Barnabas;
   d. Comportamiento lascivo u obsceno;
   e. Información falsa o engañosa presentada para obtener servicios de Barnabas.

B. En el caso de que se muestren acciones o comportamientos inapropiados como los mencionados anteriormente, Barnabas se reserva el derecho de contactar a la policía para que retiren a la (s) persona (s) de las instalaciones.

C. Barnabas se reserva el derecho de rechazar permanentemente los servicios a las personas involucradas en función de la seriedad de las acciones o el comportamiento de las personas.

POLITICA DE QUEJAS

A. Es política del Barnabas Center abordar cualquier queja o apelación de un participante de manera oportuna.

B. Se anima a los participantes a solicitar una reunión con un miembro del personal de administración para discutir sus problemas y preocupaciones.

C. Si el participante cree que los problemas y preocupaciones no fueron abordados satisfactoriamente, se puede presentar una queja por escrito.

D. Los participantes del Centro Barnabas tienen el derecho de presentar una queja por escrito sobre cualquier aspecto de los servicios recibidos.

E. Los Formularios de quejas de los participantes están disponibles en el personal / voluntarios de Front Reception y en el personal / voluntarios de recepción de servicios de salud.

F. La queja escrita debe ser dirigida a Barnabas Center / Attention Barnabas Director(a) Ejecutivo(a).

G. El/La Director(a) Ejecutivo(a) de Barnabas o el personal designado serán responsables de una respuesta dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la recepción de la queja.

Barnabas
CONNECTING PEOPLE
HELP AND HOPE

1303 Jasmine Street, Suite 101
Fernandina Beach, FL 32034
(904) 261-7000
www.BarnabasNassau.org

Politica de asistencia

Barnabas es una organización local de salud y servicio social cuya misión es prestar asistencia a residentes del Condado de Nassau en crisis. Nos esforzamos por ayudar a las personas y las familias superar crisis y lograr la autosuficiencia. Los servicios pueden incluir ayuda con pago de alquiler o hipoteca y utilidad, alimentación y atencion médica y odontòlogica. Para poder ser considerado para los servicios de cualquier clase en Barnabas se deben cumplir ciertos requisitos de elegibilidad y la documentación de quienes buscan ayuda..

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

- **Residenia prueba del Condado de Nassau es requerida** (ejemplos: ,licencia de conducir de Florida, Florida identificación, comprobante del correo que recibe en la residencia); Número de Seguro Social debe ser verificado;
- Prueba de que todo ingreso es 200% o por debajo del nivel de probreza Federal (ejemplos: talons de cheques de las ultimas 4 semanas, recibos de agua o luz, impuestos, Seguridad Social declaraclones);

RENTA/HIPOTECA AYUDA

1. Copia del contrato de arrendamiento o hipoteca actual.
2. Terminado el W9 por propietario (Barnabas proporcionará un W9 en blanco).
3. Barnabas propietario formulario completado y firmado por el propietario.

- **El personal de Barnabas se pondrá en contacto con e propietario para verificar la información proporcionada.**
- **Asistencia no se considerará para individuos o familas que viven en la residencia prinicipal del proietario, o que viven en la casa o propiedadde los miembos de una familia, o para viviendas temporales.**
- **Asistencia no se considerará a los depósitos de la viviendas .**
- **Prueba de las circunstancias personales o del hogar, que han creado una situación de crisis.**

PRIMER MES DE ALQUILER AYUDA PARA VIVIENDAS NUEVAS

- Barnabas nuevas viviendas: Primera forma de asistenciade alquiler del mes completado y firmado por el propietario.
- **Depósitos pare el Nuevo aquiler y las utilidadas deben pagarse completo antes de recibir la primera ayuda de Barnabas mes de alquiler. No se considerá asistencia para depósitos**
- **ASISTENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS (electriccidad, agua, gas)**

1. Copia de último aviso de vencimiento o corte de la empresa.
2. Copia del acuerdo de renta o .hipoteca actual.

Updated 6/2015

- **Barnabas primero referiremos a individuos y familias a otras agencias locales para obtener ayuda con utilidades.**
- **Barnabas pude asistir con utilidades si otras agencias locales están temporalmente fuera de fondos.**

Ayuda financiera se considera solamente una vez en un periodo de 12 meses. Si un individuo o familia vuelve para ayuda financiera adicional dentro de 24 meses de la última vez que recibieron asistencia. se requiere la participación en educación financiera y presupuestación de las clases. Un gerente de caso Barnabas también se reunirá con los participantes antes de que Barnabas considerando ayuda financiera adicional.

ALIMENTOS

- Asistencia con el alimento está disponible para individuos y familias una vez cada 30 dias.

ASISTENCIA ADICIONAL

- Certificados a Barnabas "New-To-You" tienda de reventa están disonibles para la calificación de individuos y familias para ayudar con urgencia articulos nescesarios como ropa, camas, sábanas y muebles.
- Las bicicletas adulto para programa de Barnabas proporciona bicicletas a los participantes que necesiten transporte a y desde el trabajo.

ATENCIÒN MÉDICA

1. Barnabas la atención medicá es para adultos de 18 años de edad que no tienen seguro medico.
2. Honorarios se calculan en una escala de pago basada en el ingreso actual.
3. Servicios deben ser pagados en efectivo, tarjeta de crédito o tarjeta de dèbito. No se aceptan cheques .
4. Asistencia con la compra de medicamentos recetados por el personal medico Barnabas puede ser proporcionada en una situacion de emergencia solamente..

CUIDADO DENTAL

1. Odontologós están disponibles para adultos de 18 años de edad que no tienen seguro dental.
2. Servicios dentales, estan disponibles a precios reducidos, basados en el servicio dental.
3. Servicios deben ser pagados en efectivo, tarjeta de credito o tarjeta debito.. No se aceptan cheques.

REFERENCIAS – El personal de Barnabas puede ayudar con referencias a otras agencias o programas.

El personal de Barnabas Center se reserva el derecho a descalificar a personas o familias en base a informacion falsa o engañosa. .

Barnabas
CONNECTING PEOPLE, HELP AND HOPE

PÁGINA DE LA FIRMA DEL PARTICIPANTE

SIGUIENTE REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN DE ADMISIÓN

Yo _____ he leído la siguiente admisión de Barnabas
nombre
políticas y las entiendo y las acepto en lo que se refiere a la asistencia que Barnabas me brinda.

☐ **Politica de Asistencia** ☐ **Aviso de Practicas de Privacidad**

☐ **Acuerdo de Exoneracion** ☐ **Derechos y Responsabilidades del Participante**

☐ **Terminación del Servicio / Política de Quejas**

_____ _____
Firma Fecha

_____ _____
Firma de Voluntario/Empleado Fecha