

Esperanza Care of Monterey County

Office Use Only ID # _____	Effective Date _____	HDMR# _____
Approved by: _____		

Applicant Information				
Last Name	First Name	Middle Initial	Social Security # (Optional)	Date of Birth
Mailing Address		City, State, Zip		
Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Phone Number	Email Address		
Language Preference: (Please Mark One) <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other : _____				

ATTESTATION

By enrolling for Esperanza Care of Monterey County and signing below I agree to the following terms and conditions:

1. I am a current resident of Monterey County age 26 or above, and that my family income is below 138% of the federal poverty level.
2. I will notify the County of Monterey of any change of address within 30 days.
3. I will notify the County of Monterey of any change to my income within 30 days.
4. I understand that my enrollment with this assistance program will terminate on 12/31/22 or sooner.
5. I understand that all information given is confidential and this is a voluntary program.
6. I understand that U.S. Resident Aliens under sponsorship are not eligible for this program. The patient's sponsor is responsible for the patient's medical services and charges.
7. I understand that certain services, procedures or vaccines are limited and may not be covered under this program.
8. I understand that the limited services offered under this assistance plan are **ONLY** covered when obtained through the County of Monterey Health Department or authorized at Natividad Medical Center for Laboratory, Radiology and Specialty Clinic services.

I certify under penalty of law that the above information is correct.

Print Name

Signature

Date

Return To:

Pacific HealthAlliance
1525 Rollins Road, Suite B
Burlingame, CA 94010
1-800-533-4742
650-425-9468 fax

Esperanza Care of Monterey County

Office Use Only ID # _____	Effective Date _____	HDMR# _____
Approved by: _____		

Información del Aplicante				
Apellido	Nombre	Letra Inicial del Segundo Nombre	# de Seguro Social (Opcional)	Fecha de Nacimiento
Dirección de Envío		Ciudad, Estado, Código de Envío		
Masculino <input type="checkbox"/>	Número de Teléfono	Correo Electronico		
Femenino <input type="checkbox"/>				
Idioma Preferido: (Por Favor Marque Uno)				
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro : _____				

ATESTACIÓN

Al inscribirse para Esperanza Care of Monterey County y firmar abajo yo acepto los siguientes terminos y condiciones:

1. Yo actualmente resido en el Condado de Monterey, soy mayor de 26 años y mis ingresos familiares están debajo del 138% del nivel de pobreza federal.
2. Yo notificaré al Condado de Monterey de cualquier cambio de dirección dentro de 30 días.
3. Yo notificaré al Condado de Monterey de cualquier cambio de ingresos dentro de 30 días.
4. Yo comprendo que mi inscripción con este programa de ayuda se terminara el 31/12/22 o antes.
5. Yo comprendo que toda la información dada es confidencial y que este programa es un programa voluntario.
6. Yo comprendo que extranjeros residentes de EEUU con patrocinio no son elegibles para este programa. El patrocinio de el paciente es responsable por los servicios médicos y los cargos del paciente.
7. Yo comprendo que ciertos servicios, procedimientos o vacunas están limitadas y pueden no ser cubiertas por este programa.
8. Yo comprendo que el servicio limitado ofrecido bajo este plan de asistencia son cubiertos SOLO cuando son obtenidos mediante el Departamento de Salud del Condado de Monterey o autorizados en Natividad Medical Center para servicios de laboratorio Radiología y servicios de Clínica de Especialidad.

Yo certificó bajo pena que la información dada es correcta.

Escriba su Nombre

Firma

Fecha

Return To:

**Pacific HealthAlliance
1525 Rollins Road, Suite B
Burlingame, CA 94010
1-800-533-4742
650-425-9468 fax**