

2012 ELEGIBILIDAD / REGISTRACIÓN
PARA EL PROGRAMA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES AGRICOLAS
DE LA REGION DEL VALLE DEL RIO DE CONNECTICUT

Requisitos de Elegibilidad

Migrantes y trabajadores agrícolas temporales y sus dependientes son elegibles para recibir servicios a través de la CRVFHP mientras estén en el Valle del Río Connecticut.

Un trabajador agrícola migrante es una persona cuyo principal empleo es en la agricultura, de manera estacional (a diferencia de empleo durante todo un año) y que establece un hogar temporal por el propósito de este tipo de empleo. Esto incluye cualquier persona que ha sido empleado como trabajador agrícola migrante en los últimos veinticuatro (24) meses como su salario primario. Si un trabajador emigrante a parado de trabajar debido a inhabilidad o por edad avanzada hace más de 24 meses, es elegible para el CRVFHP.

Un trabajador agrícola estacional es un individuo cuyo principal empleo es en la agricultura, de manera estacional (a diferencia de empleo durante todo un año) y que no establece un hogar temporal por el propósito de este empleo. Esto incluye cualquier persona que ha sido empleado como trabajador agrícola estacional durante los últimos veinticuatro (24) meses como su salario primario.

Sólo migrantes y / o trabajadores agrícolas estacionales empleados en el cultivo directo de la tierra en todas sus ramas, incluyendo el cultivo, la siembra, labranza, cosecha, elaboración y procesamiento en el lugar de almacenamiento para el mercado, son elegibles para beneficios del CRVFHP. El migrante y los trabajadores agrícolas estacionales pueden ser empleado a través de un líder de tripulación, por contrato (H2A), o directamente por el propietario de la granja. Las personas que no son elegibles incluyen:

- líderes de tripulación que no trabajan en el campo por salario;
- individuos en del Valle del Río Connecticut para fines distintos de los trabajos agrícolas, que no han hecho trabajo agrícola en los últimos veinticuatro (24) meses; y
- personas empleadas en el procesamiento de carne o marisco, o el cuidado de los animales de granja.

Instrucciones para completar el Formulario de Elegibilidad / Registración (lado reverso)

1. Este Formulario de Elegibilidad / Registración debe ser completado una vez al año para cada paciente.
2. Marque la casilla correspondiente (HOH o dependientes) en la parte superior del formulario.
3. Imprimir el apellido y el primer y segundo nombre del paciente por favor registrar apellidos con guión o apellido maternal en la parte del apellido.
4. Imprimir la fecha de nacimiento del paciente en el formato DD / MM / AA (mes, día, año).
5. Imprimir la dirección completa del paciente en el Valle - calle, ciudad, estado, zip. También lista el número de teléfono en el Valle.
6. Si el paciente es un dependiente de un trabajador agrícola, registra el nombre y fecha de nacimiento del jefe de familia (HOH).
7. Si el paciente ha registrado por el CRVFHP en el pasado, por favor marque 'sí.' Si hoy es la primera vez que el paciente esta registrando por el CRVFHP, marque 'no.'
8. Sección I: Entreviste al **jefe de familia (HOH) solamente** para contestar las preguntas del 1A al 1B.
 - **Para ser elegible, los solicitantes deben responder 'sí' a la pregunta numero 1A y 1B.**
9. Si el HOH es elegible, entreviste al paciente HOH solamente para contestar las preguntas numero 2 y 5.
 - **Para la pregunta numero tres (3), el ingreso anual esperado DEBE ser calculado para toda la familia, con el fin de determinar los ingresos como porcentaje del nivel de pobreza federal actual. Incluya los ingresos esperados procedentes de fuentes no agrícolas en el espacio indicado "otros ingresos".** También incluya salario prevista de otros dependientes.
10. Sección II: Entreviste a todos los pacientes (**HOH y dependientes**) para contestar las preguntas numero 6 y 13. Recordatorio: Todos los dependientes elegibles de HOH son elegibles para asistencia médica a través de la CRVFHP.
 - Veteranos estado se define como una persona que completó el servicio en los servicios uniformados de los Estados Unidos.
11. El paciente o padre / madre / tutor debe firmar la aplicación completada. Si el paciente o padre / madre / tutor no está disponible para firmar y el entrevistador ha obtenido la información necesaria para responder a todas las preguntas, la firma del entrevistador y la información proveída será suficiente para determinar la elegibilidad.
12. El entrevistador debe firme la aplicación en el espacio indicado para la Firma del Entrevistador y provee su número de teléfono, nombre registrado de la Agencia / Proveedor y la fecha en que la aplicación se ha completado (esta fecha es la fecha de registro).
13. Entrevistador conservara la copia amarilla para la Agencia / Proveedor y la copia rosada de Extensión. Por favor devuelva el Formulario de Elegibilidad / Registración (copia blanca) a:
 - Massachusetts League of Community Health Centers
 - Attention: CRVFHP
 - 40 Court Street, 10th Floor
 - Boston, MA 02108
 - **Por favor, no entreguen formularios incompletos o formularios que indican que un paciente no es elegible para servicios de CRVFHP. Estos serán devueltos sin procesar.**
14. **Esta aplicación es valida hasta el 31 de Diciembre de 2012.**