



Declaración para el apoyo de aislamiento/cuarentena por COVID-19

Si ha sido dirigido por un profesional médico o funcionario de salud pública estatal o local para ponerse en cuarentena o aislarse debido al COVID-19 pero necesita apoyo financiero o social para hacerlo, usted puede ser elegible para recibir asistencia cubierta por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC sin costo alguno para usted.

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO CON SU TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD. SU TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD PUEDE COMPLETAR EL FORMULARIO POR USTED Y FIRMAR EN SU NOMBRE.

Por Favor: Note que debido a limitaciones, puede haber retrasos para recibir servicios de soporte y que el Estado no puede garantizar la disponibilidad y entrega de los servicios de apoyo.

I. Su información (* - requerido)

Nombre completo (primer nombre, apellido) o Identificador Anónimo*
Esto es necesario para que el apoyo pueda serle enviado por correo o entregado.

Condado donde vive actualmente Marque esta casilla si actualmente no tiene hogar:

Dirección de la calle donde se aislará o pasara la cuarentena* Apt./Suite:
esto es necesario para que los apoyos le puedan ser entregados a la puerta.

Ciudad* Estado* Código postal*

Dirección postal donde se aislará o pasará la cuarentena*(deje en blanco si la misma Dirección física.) Esto es necesario para que los apoyos le puedan ser enviados por correo. Apt./Suite

Ciudad* Estado* Código postal*

Número de teléfono Correo electrónico

Idioma primario

Fecha de Nacimiento

Género

Raza

Etnicidad

II. ¿Qué soportes necesita para poder ponerse en cuarentena o aislarse? MARQUE CUALQUIERA QUE SE APLIQUE A USTED

- Comestibles/Dispensa Comidas preparadas Comidas especiales para enfermo Asistencia Financiera
- Transportación Medicamentos Suplementos para COVID-19 (mascarillas, artículos de limpieza)

III. ¿Necesita servicio de apoyo de tamaño para individuo o de tamaño para familia?

Elija uno Individual Familia

Si solicita servicios para la familia, ¿cuál es el número total de personas en el hogar?

IV. ¿Tiene cuenta bancaria? Si No Si Si, nombre del propietario:

V. Declaraciones **MARQUE LAS CASILLAS QUE SE APLICAN A USTED.** Declaro que

He sido dirigido por un profesional médico o funcionario de salud pública estatal o local para ponerme en cuarentena o aislamiento debido al COVID-19.

Actualmente resido en uno de los siguientes condados: Bladen, Chatham, Columbus, Craven, Duplin, Durham, Franklin, Gaston, Granville, Greene, Hoke, Johnston, Lee, Lenoir, Mecklenburg, Montgomery, Nash, Pitt, Randolph, Robeson, Rowan, Sampson, Scotland, Stanly, Vance, Wake, Warren, Wayne, o Wilson.

Si recibo los apoyos identificados en este formulario, me pondré en cuarentena o aislamiento durante todo el tiempo indicado. Necesito los apoyos identificados en esta forma para de una forma segura o efectiva ponerme en cuarentena o aislarme.

Otros miembros de mi hogar también necesitan los servicios de apoyo identificados en esta forma mientras estoy en cuarentena o aislamiento.

Entiendo que puedo recibir servicios de apoyo financiados por el Estado hasta por 14 días a partir de la fecha de esta evaluación. Si necesito servicios de apoyo para ponerme en cuarentena o aislarme por más de 14 días, un profesional médico o funcionario de salud pública estatal o local debe confirmar que necesito tiempo adicional.

Entiendo que puedo solicitar servicios de apoyo en cualquier momento mientras estoy en cuarentena o aislamiento poniéndome en contacto con mi trabajador de salud comunitario. Puedo recibir solo un pago de asistencia financiera durante mi período de aislamiento o cuarentena, pero puedo recibir las otras ayudas mas de una vez durante el tiempo que estoy en cuarentena o aislamiento.

Declaraciones adicionales solo si requiere asistencia financiera: Declaro que:

Sólo usaré estos fondos para gastos básicos de vida como vivienda, alimentos, servicios públicos, atención médica, cuidado infantil y facturas del hogar para ayudarme a ponerme en cuarentena o aislarme; Guardaré los recibos de las compras realizadas con esta asistencia que puede que me pidan mostrar para probar que utilicé estos fondos para gastos básicos de vida.

Reconozco que podría estar obligado a pagar la asistencia financiera si no cumplo con la directiva para ponerme en cuarentena o aislamiento durante todo el tiempo indicado o si gasto la asistencia financiera en otra cosa que no sean gastos básicos de vida para apoyarme en el aislamiento o la cuarentena.

Se requiere una declaración adicional solo para el suministro de medicamentos: Declaro que:

Cualquier medicamento recetado que pido me sea entregado será prescrito por un profesional médico.

Firme aquí. La información proporcionada es verdadera y precisa, y no he hecho a sabiendas una declaración falsa o tergiversado de un hecho material, no he omitido o dado a conocer un hecho material falso, o presentado registros inexactos. Entiendo que una declaración falsa intencional, omisión o presentación de registros inexactos puede dar lugar a sanciones u otras acciones legales.

Firma del Solicitante

Fecha