

NUESTRA CLINICA DEL VALLE

FORMA DE REGISTRACION

Nuestra Clinica del Valle es un centro de salud federalmente calificado para dar servicios médicos/dentales. El gobierno federal requiere se obtenga cierta información para poder certificarle para recibir descuentos. Si usted está interesado en recibir descuentos, favor de llenar esta forma y cumpla con los requisitos de elegibilidad. Esta información nos ayudará a determinar los descuentos que usted recibirá para servicios médico/dental en NCDV. La información que necesitamos para determinar sus descuentos según nuestras pólizas de registración son: verificación de ingresos como el W-2, talones de cheques de su empleo, forma de declaración de ingreso anual, y/o carta de notario si usted trabaja por su cuenta, recibo de utilidades (ejemplo: luz, teléfono, etc.) y algún tipo de identificación con fotografía. Puede ser que le pidámos otros documentos si es necesario según nuestras pólizas. Los descuentos serán calculados basado en su ingreso anual y el número de familia y según los niveles de pobreza establecidos por el gobierno federal. Este proceso se hace inicialmente y se renueva cada año y también cuando hay cambios en sus ingresos, familia, dirección, y/o cobertura de seguro médico. Si no desea participar en los descuentos, no tiene que traer documentacion de ingresos y residencia.

INFORMACIÓN DEL APLICANTE: Se requiere **Comprobante de Identidad**; Identificación Fotografica, Carnet de Manejo, Matrícula Consular, etc. (Puede también pedirle otros documentos si fuese necesarios para cumplir con este proceso). **Correo Electrónico:** _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Número Seguro Social: _____

Ciudad: _____ EST Número de Teléfono: _____

Codigo Postal: _____ **Información del aplicante:**

Estado Civil: () Soltero(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Separado(a) () Viudo(a)
Etnicidad: () Blanco () Otro () Hispano () No Hispano () Negro/Afroamericano () Asiatico () Otro Islas del Pacifico () Nativo de America/Alaska () Mas de una raza () Nativo Hawaiiano () No desea reportar
Raza: () Hispano () Asiatico () Nativo Americano () Otro () Reusa Reportar
Orientación Sexual: () Lesbiana, gay, homosexual () Heterosexual /derecho () Bisexual () Otro caso () No Se () No quiero mencionar
Identidad/Genero: () Masculino-M () Femenino-F () No definido-ND () Transgenero Masculino/Femenino a Masculino-T M/F - M () Transgenero Femenino/Masculino a Femenino-T F/M - F () Otra Cosa -OC () No deseo mencionar-NDM
Veterano de Guerra: () Sí () No Ocupación: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene seguro médico? () No () Sí: *Por favor marque su cobertura apropiada.*
() Medicare () Medicare Suplemental () Seguro Privado () Medicaid () CHIP () Condado

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSIBLE DE ESTA CUENTA:

_____/_____/_____
Nombre Completo de la Persona Responsable de la Cuenta **Fecha de Nacimiento** **Número de Seguro Social**

Trabaja o ha trabajado en los últimos dos años en algún lugar que prepara, cultiva, produce, empaca, o transporta, artículos de primera necesidad? () Sí () No

Ejemplos: ranchos avicola, pescadería, ganadería, sembradillos, hortaliza, etc. Trabaja en este tipo de trabajo localmente o migra a otro lugar para haces este tipo de trabajo? **Localmente** () **Viaja fuera de su hogar para este tipo de trabajo?** ()

Nombre y teléfono a quien se le puede llamar en caso de una emergencia:

Nombre: _____ Relación con Paciente: _____

Teléfono: _____ Teléfono Alterno: _____

Numero de miembros de Familia que viven en su casa y se mantienen bajo los ingresos del jefe de esta familia: _____

Desea aplicar para los descuentos de la clínica? () NO (Llene hasta aquí.) () Sí (Si desea aplicar continúe llenando el resto de esta forma y dele su **Comprobante de Residencia** a la recepcionista de registro; recibo de utilidades que demuestre su dirección, i.e., luz, agua, etc.

Vive en su casa solamente con su familia? () Sí () No **Su familia se mantiene con sus propios ingresos?** () Sí () No **Si comparte la casa con otra familia, les mantiene la persona(s) con quién vive?** () Sí () No

INFORMACIÓN DE INGRESOS: *Indique cómo se le paga: S- Semana; C-Cada Otra Semana; M-Mes; DM-2 Veces x Mes (15/30)*

Ingresos de su trabajo: *Cantidad* *Cómo?*

Ingresos del Aplicante: <i>(antes de impuestos)</i>	\$	
Ingresos de otra persona: <i>(antes de impuestos)</i>	\$	

Para uso del personal (for income calculations):

Otros ingresos que reciba de otros medios que no son de un trabajo directo: *Si recibe indique cuánto y cada cuándo?*

Seguro Social/Supplemental: \$	/ mes	Pensión/Jubilación: \$	/ mes
Asistencia Pública TANF: \$	/ mes	Estampillas: \$	/ mes
Manutención de niños: \$	/Especifique: M – BM – BW – W	Otros Medios: \$	/Especifique: M – BM – BW – W

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA: *M- Yo Mismo; SP- Esposa(o); S-Hijo; D-Hija; O-Otro*

Nombre Completo: <i>(correspondiente con el número de familia que marcó en la pregunta encontrada al reverso de esta forma.)</i>	Fecha de Nacimiento	Número Seguro Social <i>(si lo tiene)</i>	Identidad /Genero	Relación <i>(con Responsable de esta Cuenta)</i>	Información de Seguro <i>(si lo tiene)</i>
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					
9)					
10)					

Yo testifico bajo pena de perjurio que esta información es correcta y verdadera y autorizo a Nuestra Clínica Del Valle que verifique esta información si fuera necesario. Yo entiendo que esta información será guardada confidencialmente y que se me dió fecha limite para producir los documentos de ingresos, residencia y/u identificación para cumplir con los requisitos de pólizas de registración. Yo entiendo que si no cumplo con estos requisitos pierdo el privilegio de recibir descuentos por los servicios que obtenga según esta certificación y que mi cuenta se pondrá al 100% de los cobros. Yo entiendo que debo notificar a NCDV de cambios de ingresos, residencia, miembros de familia, y cobertura de seguro médico/dental.

En acuerdo con leyes Federales y del Departamento de Agricultura de los Estado Unidos de América, esta institución está prohibida de discriminar por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión, sexo, estado familiar, orientación, sexual, y represalias (no todos estos motivos aplican a todos los programas). **“Esta institución es un proveedor y empleador de oportunidad equitativa.”**

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Para Uso del Personal: (Form Updated 05/16)

Total Gross Income calculated for household: \$ _____	Chart Number Assigned:	SF Scale Qualified For:
	Registration Complete: () Yes	Expiration Date:
Incomplete: Circle Pending Documents POI POR Pt ID 15Days Exp:		
Registration Clerk Initials:	Date Application Submitted:	