

<p>1. Applicant</p> <p>Name (Last) _____ (First) _____ (MI) _____</p> <p>Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____</p> <p>Phone Number _____ Date of Birth _____ SS# _____</p> <p>Single _____ Married _____ Divorced _____ Separated _____ Widowed _____</p>																									
<p>2. Household Members (<i>Spouse/Dependent Children/Relatives</i>)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Name</th> <th style="width: 30%;">Relationship</th> <th style="width: 20%;">Birth Date</th> <th style="width: 30%;">Social Security #</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Name	Relationship	Birth Date	Social Security #	1. _____				2. _____				3. _____				4. _____				5. _____			
Name	Relationship	Birth Date	Social Security #																						
1. _____																									
2. _____																									
3. _____																									
4. _____																									
5. _____																									
<p>3. Are you a College/University student? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Can you be claimed as a dependent on someone else's tax return? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(If yes, additional income verification is required)</i></p> <p>Are you in the United States on a non-immigrant visa such as, student, tourist or governmental delegation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Are you homeless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, please describe: _____</p> <p>Where are you staying? _____</p> <p>How long will you be staying there? _____</p> <p>Are you aware of homeless services in our community? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>																									
<p>4. Total Family Income (Anyone on your income tax return)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 60%;">Income Calculation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total Household Members</td> <td>Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td>From Sections 1 & 2 _____</td> <td>Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td>Total Annual Income \$ _____</td> <td>(Specify type) _____</td> </tr> </tbody> </table>			Income Calculation	Total Household Members	Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____	From Sections 1 & 2 _____	Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____		Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____	Total Annual Income \$ _____	(Specify type) _____														
	Income Calculation																								
Total Household Members	Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____																								
From Sections 1 & 2 _____	Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____																								
	Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____																								
Total Annual Income \$ _____	(Specify type) _____																								
<p>5. Insurance</p> <p>Do you or your spouse have dental insurance coverage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Company _____</p> <p>Do you or your spouse have health insurance benefits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Company _____</p> <p>If yes, is it a Vermont Health Connect Policy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Insured - Insurance Provider:</p> <p><input type="checkbox"/> Uninsured</p> <p><input type="checkbox"/> Filled out State Insurance Application (Green Mountain Care)</p> <p><input type="checkbox"/> Application pending/Called GMC with patient to check application status</p>																									

Do you have a medical and dental provider?

Yes Medical Provider Name: _____

No Medical Provider

Yes Dental Provider Name: _____

No Dental Provider

Are you interested receiving information about any of the following community services?

Medical

Dental

Counseling

Food Shelf

Housing

Would you like us to connect you with services today? Yes No

6. Signature

By signing below I give permission to the Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHCB) to share this document and any attachments thereto with University of Vermont Medical Center (UVMCC) for the purposes of enrollment in its sliding fee schedule. I understand this sharing of information may decrease any out-of-pocket cost to me for services ordered at CHCB but performed at UVMCC (e.g. laboratory testing). I also understand that I may revoke this permission if CHCB has not yet acted in reliance on it by writing 'do not share with UVMCC next to my signature and that signing this document is not a condition of receiving treatment at CHCB or UVMCC.

To the best of my knowledge, the above information is true and correct. I agree to inform the Center of any changes in my employment, financial status or housing. If the above information proves to be incorrect, I understand that the discount provided to me will be terminated. (I also give permission for the Health Center staff to contact my employer or any other source to verify income.)

It is expected that all patients will be forthright and honest about their medical coverage and financial information. Intentional omission or falsification of identity, financial, or demographic information is fraud and may result in dismissal from the practice for up to one year. In the event of falsification, the patient will be responsible for the full payment of services.

Signature of Applicant

Date

FOR CENTER USE ONLY

Auth. Initials _____ Slide Level _____ Approval/Denial Date _____ Renewal Date _____

Revised 12.6.17 CRD

French

<p>1. Demandeur</p> <p>Nom (Nom de famille) _____ (Premier prénom) _____ (Initiale du deuxième prénom) _____</p> <p>No et rue _____ Ville _____ État _____ Code postal _____</p> <p>No de téléphone _____ Date de naissance _____ No de SS _____</p> <p>Célibataire _____ Marié(e) _____ Divorcé(e) _____ Séparé(e) _____ Veuf(Veuve) _____</p>																									
<p>2. Membres du foyer (<i>Conjoint(e)/Enfants à charge/Parents</i>)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%; text-align: left;">Nom</th> <th style="width: 30%; text-align: left;">Lien de parenté</th> <th style="width: 25%; text-align: left;">Date de naissance</th> <th style="width: 30%; text-align: left;">No de SS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5.</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>		Nom	Lien de parenté	Date de naissance	No de SS	1.	_____	_____	_____	2.	_____	_____	_____	3.	_____	_____	_____	4.	_____	_____	_____	5.	_____	_____	_____
Nom	Lien de parenté	Date de naissance	No de SS																						
1.	_____	_____	_____																						
2.	_____	_____	_____																						
3.	_____	_____	_____																						
4.	_____	_____	_____																						
5.	_____	_____	_____																						
<p>3. Êtes-vous étudiant(e) dans un établissement d'enseignement supérieur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Pouvez-vous être déclaré(e) en tant que personne à charge sur la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><i>(Si oui, une vérification supplémentaire du revenu est requise)</i></p> <p>Êtes-vous aux États-Unis avec un visa de non-immigrant, tel qu'une délégation étudiante, touristique ou gouvernementale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Êtes-vous sans-abri ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, décrivez votre situation : _____</p> <p>Où séjournez-vous ? _____</p> <p>Combien de temps allez-vous y rester ? _____</p> <p>Connaissez-vous les services destinés aux personnes sans-abri dans notre communauté ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>																									
<p>4. Revenu total de la famille (Toutes les personnes qui figurent sur votre déclaration de revenus)</p> <p>Total des membres du foyer Depuis les sections 1 et 2 _____</p> <p>Revenu annuel total \$ _____</p>	<p>Calcul du revenu</p> <p>Paie/Salaire \$ _____ par _____ = \$ _____</p> <p>Travail indépendant \$ _____ par _____ = \$ _____</p> <p>Rentes \$ _____ par _____ = \$ _____</p> <p>(Spécifiez le type) _____</p>																								
<p>5. Assurance</p> <p>Est-ce que vous ou votre conjoint avez une assurance pour les soins dentaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Compagnie _____</p> <p>Est-ce que vous ou votre conjoint avez une assurance pour les soins de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Compagnie _____</p> <p>Si oui, s'agit-il d'une police Vermont Health Connect ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Assuré(e) - Fournisseur d'assurance :</p> <p><input type="checkbox"/> Non assuré(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Demande d'assurance de l'État remplie (Green Mountain Care)</p> <p><input type="checkbox"/> Demande en attente / Appelé GMC avec le patient pour vérifier l'état de la demande</p>																									

Avez-vous un prestataire de soins médicaux et dentaires ?

- Oui Nom du prestataire médical : _____
- Aucun prestataire médical
- Oui Nom du prestataire de soins dentaires : _____
- Aucun prestataire de soins dentaires

Souhaitez-vous recevoir des informations sur les services communautaires suivants ?

- Médical
- Dentaire
- Psychologique
- Banque alimentaire
- Logement

Souhaitez-vous que nous vous mettions en relation avec des services aujourd'hui ? Oui Non

6. Signature

En signant ci-dessous, j'autorise les Centres de santé communautaires Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHCB) à partager ce document et toutes pièces qui y sont jointes avec le Centre médical (University of Vermont Medical Center (UVMC)) aux fins d'inscription à son programme de barème variable. Je comprends que ce partage de l'information peut réduire les coûts non remboursés pour les services commandés aux CHCB mais effectués à l'UVMC (par exemple, les analyses de laboratoire). Je comprends également que je peux révoquer cette autorisation si les CHCB n'ont pas encore agi en fonction de cette autorisation en écrivant « ne pas partager avec UVMC » à côté de ma signature et que la signature de ce document n'est pas une condition pour recevoir un traitement aux CHCB ou à l'UVMC.

À ma connaissance, les informations ci-dessus sont vraies et exactes. J'accepte d'informer le Centre de tout changement dans mon emploi, ma situation financière ou mon logement. Si les informations ci-dessus s'avèrent incorrectes, je comprends que la réduction qui m'est accordée sera résiliée. (Je donne également la permission au personnel du Centre de santé de contacter mon employeur ou toute autre source pour vérifier les revenus.)

Tous les patients doivent faire preuve de franchise et d'honnêteté au sujet de leur couverture médicale et de leur situation financière. L'omission intentionnelle ou la falsification d'informations sur l'identité, la situation financière ou démographique constitue une fraude et peut entraîner l'interdiction d'accès au cabinet médical pendant une période maximale d'un an. En cas de falsification, le patient sera redevable du paiement intégral des services.

Signature du demandeur

Date

RÉSERVÉ À L'USAGE DU CENTRE

Aut. Initiales _____ Niveau de variation _____ Date d'accord/de refus _____ Date de renouvellement _____

Révisé le 12.6.17 CRD