

<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: 30%;">Name</th> <th style="width: 30%;">Relationship</th> <th style="width: 20%;">Birth Date</th> <th style="width: 20%;">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

Spanish

1. Solicitante

(Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de teléfono _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de SS _____
 Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Separado _____ Viudo _____

2. Integrantes de la familia (cónyuge/niños dependientes/familiares)

	Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

3. ¿Es estudiante de una institución universitaria/universidad? Sí No
 ¿Alguien puede mencionarlo como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
 (Si la respuesta es sí, se requiere de la comprobación de impuestos adicional)

¿Está en los Estados Unidos con una visa de no inmigrante, por ejemplo, de estudiante, turista o delegación gubernamental? Sí No

¿Es indigente? Sí No

Si la respuesta es sí, describa: _____

¿Dónde se está quedando? _____

¿Cuánto tiempo se quedará ahí? _____

¿Conoce los servicios para indigentes de nuestra comunidad? Sí No

4. Ingreso total de la familia

(Cualquier persona en su declaración de impuestos del ingreso)

Cálculo del ingreso

Integrantes totales de la familia

De las secciones 1 y 2 _____

Salario/sueldo \$ _____ por _____ = \$ _____

Autoempleo \$ _____ por _____ = \$ _____

No salarial \$ _____ por _____ = \$ _____

Ingreso anual total \$ _____

(Especifique el tipo) _____

5. Seguro

¿Usted o su cónyuge tiene cobertura de seguro dental? Sí No Compañía _____

¿Usted o su cónyuge tiene beneficios de seguro médico? Sí No Compañía _____

Si la respuesta es sí, ¿es una póliza de Vermont Health Connect? Sí No

Asegurado. Proveedor de seguro:

No asegurado.

Llenó la solicitud de seguro estatal (Green Mountain Care).

Solicitud pendiente/llamó a GMC para revisar el estado de la solicitud con el paciente.

¿Tiene un proveedor médico y dental?

Sí. Nombre del proveedor médico: _____

Sin proveedor médico.

Sí. Nombre del proveedor dental: _____

Sin proveedor dental.

¿Está interesado en recibir información sobre cualquiera de los siguientes servicios comunitarios?

Médico.

Dental.

Asesoramiento.

Programa de despensa.

Vivienda.

¿Le gustaría que lo pusiéramos en contacto con los servicios el día de hoy? Sí No

6. Firma

Al firmar a continuación, doy mi permiso a Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHCB) para compartir este documento y cualquier archivo adjunto con University of Vermont Medical Center (UVMC) para los fines de inscripción en su programa de cuotas variables. Entiendo que este intercambio de información puede disminuir cualquier gasto directo que pudiera tener por los servicios solicitados en CHCB pero que se realizan en UVMC (por ejemplo, análisis de laboratorio). También entiendo que puedo revocar este permiso si CHCB aún no ha actuado con base en él escribiendo "no compartir con UVMC" al lado de mi firma y que la firma de este documento no es una condicionante para recibir tratamiento en CHCB o UVMC.

La información que aparece arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto informarle al Centro sobre cualquier cambio en mi empleo, estado económico o vivienda. Si la información anterior resulta ser incorrecta, entiendo que se cancelará el descuento que se me otorgue (también doy mi permiso para que el personal del centro de salud se comunique con mi empleador o con cualquier otra fuente para comprobar el ingreso).

Se espera que todos los pacientes sean francos y honestos sobre sus coberturas médicas e información económica. La omisión o falsificación intencional de la información sobre la identidad, económica o demográfica se considera fraude y puede tener como resultado el retiro de la práctica durante un máximo de un año. En caso de falsificación, el paciente será responsable del pago total de los servicios.

Firma del solicitante

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO

Iniciales de autor _____ Nivel variable _____ Fecha de aprobación/negación _____ Fecha de renovación _____

Modificado el 6 de diciembre de 2017 CRD