

FORMULARIO ANUAL DE REGISTRACIÓN

ANNUAL REGISTRATION FROM



PEOPLES
Community Health Clinic

905 Franklin Street, Waterloo, IA 50703 (319)272-4300
118 S. Main Street, Clarksville, IA 50619 (319)278-9020

For Office Use	
Account#	
Date Received	
Number in HH	
Total Income	
SF Determination	
Staff Initial	
DHS Eligibility	
<input type="checkbox"/> Eligible	
<input type="checkbox"/> Not Eligible	
<input type="checkbox"/> Enrollment Counselor Contacted Patient	

Fecha: _____

[LETRA IMPRENTA POR FAVOR]

Nombre: _____ Fecha de Nac. _____ **Hispano?** Si No
Seleccione: Blanco Moreno/Afroamericano Asiático Indio Americano/ Nativo de Alaska Mas de una Otra _____

Lenguajes hablados en Casa: Inglés Español Bosnio/Serbo-Croata Birmano Otro _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono: _____ **Usted?** Dueño/Renta Alojamiento Temporal Albergue Otro _____

Estado Marital: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a ¿Es Ciudadano/a de USA? Si No

¿Alguien en la familia tiene Medical/Seguro Dental? Si No - *Si tiene, por favor adjunte copia de la tarjeta del seguro.*

¿Alguien en la familia tiene seguro para recetas? Si No - *Si tiene, por favor adjunte copia de la tarjeta del seguro.*

¿Alguien en la familia es veterano? Si No ¿Quién? _____ Fecha de Servicio De: _____ A: _____

¿Recibe asistencia pública para vivienda? (Sección 8) Si No

Nombre de su Cónyuge: _____ Fecha de Nac. _____ **Hispano?** Si No

Seleccione: Blanco Moreno/Afroamericano Asiático Indio Americano/ Nativo de Alaska Mas de una Otra _____

Nombre de Dependiente: _____ Fecha de Nac. _____ **Hispano?** Si No

Seleccione: Blanco Moreno/Afroamericano Asiático Indio Americano/ Nativo de Alaska Mas de una Otra _____

Nombre de Dependiente: _____ Fecha de Nac. _____ **Hispano?** Si No

Seleccione: Blanco Moreno/Afroamericano Asiático Indio Americano/ Nativo de Alaska Mas de una Otra _____

Nombre de Dependiente: _____ Fecha de Nac. _____ **Hispano?** Si No

Seleccione: Blanco Moreno/Afroamericano Asiático Indio Americano/ Nativo de Alaska Mas de una Otra _____

Nombre de Dependiente: _____ Fecha de Nac. _____ **Hispano?** Si No

Seleccione: Blanco Moreno/Afroamericano Asiático Indio Americano/ Nativo de Alaska Mas de una Otra _____

Nombre de Dependiente: _____ Fecha de Nac. _____ **Hispano?** Si No

Seleccione: Blanco Moreno/Afroamericano Asiático Indio Americano/ Nativo de Alaska Mas de una Otra _____

(continuar al reverso)

REVELACIÓN FINANCIERA

YO NO DESEO REVELAR MI INGRESO. ENTIENDO QUE SERÉ RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS Y SERÉ ELEGIBLE PARA UN PLAN DE PAGO.

Por favor firme abajo y regrese ésta forma.

INFORMACIÓN DE INGRESOS (TODAS LAS ÁREAS DEBEN SER COMPLETADAS)

Está usted o su cónyuge trabajando? Si No Si es no, por favor pase abajo a donde dice: otras fuentes de ingreso.
Usted o su cónyuge trabajan por cuenta propia? Si No Si es si, por favor adjunte copia de los impuestos más recientes.

Aplicante			Cónyuge del Aplicante		
Empleador			Empleador		
Dirección		Número de teléfono	Dirección		Número de teléfono
Ciudad	Estado	código postal	Ciudad	Estado	código postal
Salario por hora		Horas por semana	Salario por hora		Horas por semana

Usted paga pensión alimenticia / Manutención de hijos? Si No Pago Mensual \$ _____

OTRAS FUENTES DE INGRESO (seleccione el tipo y anote la cantidad):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia / Manutención de Hijos – Mensualidad Recibida \$ _____ | <input type="checkbox"/> Pensión Anual _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social _____ | <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes en el trabajo _____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos _____ | <input type="checkbox"/> Ingreso por alquiler _____ |
| <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo _____ | <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Estipendio Educativo _____ | |

Declaro que mi situación financiera es como se indica anteriormente. Me doy cuenta que Peoples Community Health Clinic, Inc. está utilizando fondos de impuestos federales para ayudarme a recibir atención médica. Entiendo que cualquier falsificación de información sobre mis ingresos se considera un fraude contra el Gobierno de los Estados Unidos. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Peoples Community Health Clinic, Inc. de cualquier cambio en mi seguro médico o cambio de mis ingresos en el momento oportuno. Peoples Community Health Clinic, Inc. puede divulgar record de mis registros financieros y registros médicos para fines de auditoría según sea necesario. Doy mi permiso para que ésta información sea compartida con el Departamento de Servicios Humanos de Iowa si un Aviso de Decisión sobre la cobertura del Affordable Care Act no está adjunto.

Firma del Paciente/Aplicante

Fecha

Presentar los siguientes documentos:

(Por favor envíe copias, originales no se devolverán)

Información Financiera es necesaria para todos los miembros del hogar

- Copias de 2 talones de cheques más recientes de los últimos tres meses.
- Verificación de ingresos mensuales del Seguro Social si usted está jubilado o deshabilitado.
- Copia actual de la carta de desempleo.
- Copia actual de la declaración de Impuestos Federales (Debe ser a partir del año natural en curso y debe incluir el Apéndice C si reclama como trabajador independiente).
- Copia de la W-2 (Debe ser del año natural en curso).
- Se recomienda a los pacientes que no tienen seguro de proporcionar un aviso de la decisión sobre la elegibilidad para el seguro a través de la (Ley de Cuidado de Salud Asequible) del Mercado. Si necesita ayuda en el proceso de su aplicación a través de Healthcare.gov o el Departamento de Servicios Humanos de Iowa, por favor póngase en contacto con nuestros Consejeros Certificados para Solicitudes al (319)272-4350. La información en ésta solicitud puede ser compartida con el Departamento de Servicios Humanos de Iowa si un Aviso de Decisión sobre la cobertura de la Ley de Cuidado de Salud Asequible no está adjunto.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA,
POR FAVOR LLAME AL DEPARTAMENTO DE COBROS AL 319-272-4300,
PRESIONE 7 PARA COBRO, LUEGO 1 PARA ASISTENCIA FINANCIERA.