Florida HEALTH Palm Beach County

DOH-PBC Registration/Eligibility Form

To be filed under eligibility

Parte-1: INFORMACION DEL CLIENTE

Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Sufijo

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa) | Sexo (✓): ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgenero - Sexo en el nacimiento: ☐ Masculino ☐ Femenino | Numero de Seguro Social:

Correo electrónico: | Pais de Nacimiento (✓): ☐ Estados Unidos ☐ Otro-a (Especifique):
La fecha que llego/entro a los Estados Unidos:

¿Tiene usted un Testamento en Vida? ☐ Sí ☐ No ¿Si su respuesta es sí o afirmativa, usted nos podría dar una copia? ☐ Sí ☐ No
En caso negativo, ¿desea el formulario? ☐ Sí ☐ No | Idioma (✓): ☐ Ingles ☐ Español ☐ Criollo ☐Otro-a (Especifique)

Raza: Cheque ✓ todas las categorías raciales que aplican: ☐ Negro-a Americano-a Africano-a ☐ Blanco-a ☐ Indio-a Americano-a/Nativo de Alaska ☐ Asiático-a ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otro Isleños del Pacifico ☐ Japones ☐ Chino ☐ Guameña o Charmorro ☐ Filipino ☐ Vietnamita ☐ Corean ☐ Samoano

Hispano?: ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, seleccionar una ☐ Mexicana o Mexicano-Americano o Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro Hispano o Latino/a de origen Español

Al nacer, Fue usted un solo bebe? ☐ Si ☐ No | Si Respondio No, es usted: ☐ Gemelo/a ☐ Triplete ☐ Otro-a (Especifique) | Cuando Nacio: ☐Primero ☐Segundo ☐Otro-a (Especifique)

Incluya la ciudad, estado y código postal en todas las direcciones

Dirección donde vive:

Dirección donde recibe correspondenica (Si es diferente a donde vive):

Telefono#: ☐ Cell ☐ Home | Telefono# ☐ Cell ☐ Home | Telefono# ☐ Work ☐ Fax

Direccion y numero telefonico alterno para comunicaciones de salud:

Parte-2: CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: | Relación: | Teléfono# ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo

Parte-3: SEGURO MÉDICO (✓)

☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Health Care District ☐ BC/BS ☐ Molina ☐ Clear Health Alliance ☐ Ninguno ☐ Otro-a (Especifique):

Parte-4: INFORMACION FINANCIERA

SI USTED NO DESEA PARTICIPAR EN NUESTRA ESCALA DE PAGO VARIABLE, POR FAVOR DE ESCRIBIR SUS INICILAES EN EL LUGAR INDICADO. AQUI _____ RENUNCIADO. IMPORTANTE: Al renunciar a este proceso, usted se compromete a pagar la tarifa completa por todos sus servicios. También es importante informarle, que al renunciar al proceso antes mencionado, sus servicios no serán proveídos con un descuento de costo basado en el tamaño de su familia y de los ingresos. (Note to clerk: No income needed if client waives)

Si usted desea participar en el proceso de escala de pago variable, usted debe presentar «Comprobante de ingresos» hoy mismo. Los comprobantes de ingresos son basados en lo siguiente:

INGRESOS BRUTOS OBTENIDOS MENSUALMENTE: lista de salarios, propinas, sueldos que se reciben mensualmente de todo empleo actual.

OTROS INGRESOS BRUTO MENSUALMENTE (NO GANADOS): Liste todo dinero que haya recibido mensualmente de fuentes distintas a las del empleo. (Ejemplos: todo tipo de beneficios de Seguro Social, compensación por desempleo, pensión alimenticia, compensación a trabajadores, pensión de Veteranos, pensiones y anualidades. No incluya SSI (Ingresos por discapacidad o muerte) o TANF

NOMBRE DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	SEXO	CABEZA DEL HOGAR (MARQUE UNO)	EMPLEADOR U OTRO TIPO DE INGRESOS	INGRESOS RECIBIDOS POR MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	INGRESOS BRUTO MENSUALMENTE	ADQUIRIDOS POR FUENTES DISTINTAS A LAS DE EMPLEO (NO GANADOS)	CANTIDAD PAGADA PARA CUIDADO DE NIÑOS
Sí Mismo		☐M ☐F	☐			$	$	
Esposo(a)		☐M ☐F	☐			$	$	
Niño(a) #1		☐M ☐F			$	$	$	$
Niño(a) #2		☐M ☐F			$	$	$	$
Niño(a) #3		☐M ☐F			$	$	$	$
Niño(a) #4		☐M ☐F			$	$	$	$
Niño(a) #5		☐M ☐F			$	$	$	$
Niño(a) #6		☐M ☐F			$	$	$	$

Esta usted haciendo pagos de pensión alimentaria de menores? ☐ Si ☐ No Si respondio Sí, Cuanto paga cada mes? $

Esta usted ó algun miembro de su familia embarazada? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, Quién: Fecha del Parto: # de bebés que espera:

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION ARRIBA MENCIONADA ES CORRECTA. YO DOY MI CONSENTIMIENTO AL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE PALM BEACH, PARA VERIFICAR LA INFORMACION ADQUIRIDA. ENTIENDO QUE DAR INFORMACION FALSA O INCORRECTA PUEDE HACERME NO ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS EN LA CLINICA, O PUEDO TENER QUE PAGAR EL 100% DE LA FACTURA.

Firma del Cliente, Padre,Guardian: ☐ Cliente ☐ Padre ☐ Guardian Fecha:

PBCHD Official Use Only: Registered by:_____ Date:_____

Facility: ☐Belle Glade ☐Centering Program ☐Delray ☐Jupiter ☐Lantana/LW ☐Northeast ☐WPB

Florida HEALTH
Palm Beach County

FDOH-PBC Registration/Eligibility Form

To be filed under eligibility

Part-1: Client Information

Last Name	First Name	Middle Name	Suffix

Date of Birth: (mm/dd/yyyy)	Gender (✓): □ Male □ Female □ Transgender-Gender at birth: □ Male □ Female	Social Security#:

Email:	Country of Birth (✓): □ USA □ Other (Specify):	Date to USA:

Do you have a Living Will (Advance Directive)? □ Yes □ No If Yes, can you provide us a copy? □ Yes □ No
If No, do you want the form? □ Yes □ No

Language (✓): □ English □ Spanish □ Creole □ Other (Specify):

Race: Check (✓) all racial categories that apply: □ Black or African American □ White □ American Indian or Alaska Native □ Asian □ Native Hawaiian □ Other Pacific Islander □ Japanese □ Chinese □ Guamanian or Charmorro □ Filipino □ Vietnamese □ Korean □ Samoan

Hispanic? □ Yes □ No **If yes, select one** □ Mexican or Mexican American or Chicano/a □ Puerto Rican □ Cuban □ Another Hispanic or Latino/a or Spanish origin

Were you a single birth? □ Yes □ No If NO, are you a: □ Twin □ Triplets □ Other (Specify): Were you born? □ First □ Second □ Other (Specify):

On All Addresses Include the City, State, and Zip Code

Living Address:

Mailing Address: (If different from where you live)

Phone#: □ Cell □ Home	Phone#: □ Cell □ Home	Phone#: □ Work □ Fax

Alternate Address and Telephone number for Health Care Communications:

Part-2: Emergency Contact

Name:	Relationship to Patient:	Phone#: □ Cell □ Home □ Work

Part-3: Health Insurance (✓)

□ **Medicaid** □ **Medicare** □ **Health Care District** □ **BC/BS** □ **Molina** □ **Clear Health Alliance** □ **None** □ **Other (Specify):**

Part-4: Household Financial Information

IF YOU WOULD LIKE TO WAIVE THE SLIDING FEE PROCESS PLEASE INITIAL HERE _____ WAIVED. By doing this you are agreeing to pay full fee for all your services and your services will not be provided at a discounted rate based on the family size and income. (Note to clerk: No income needed if client waives)

If you would like to participate in the Sliding Fee Process you must provide "Proof of Income" today, based on the following:

MONTHLY GROSS EARNED INCOME: List wages, tips, salaries received monthly from all current employment.

MONTHLY GROSS UNEARNED INCOME: List monies received monthly from sources other than employment. (Examples: All types of Social Security benefits, Unemployment Compensation, Alimony, Workers' Compensation, Veteran's Pension, and Pensions and Annuities. (Do not include SSI or TANF)

FAMILY MEMBERS NAME	DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)	SEX	HEAD OF HOUSEHOLD (CHECK ONE)	EMPLOYER or OTHER TYPE OF INCOME	CHILD SUPPORT RECEIVED	MONTHLY GROSS EARNED INCOME	MONTHLY GROSS UNEARNED INCOME	AMOUNT PAID FOR CHILDCARE
SELF		□ M □ F	☐			$	$	
SPOUSE		□ M □ F	☐			$	$	
CHILD #1		□ M □ F			$	$	$	$
CHILD #2		□ M □ F			$	$	$	$
CHILD #3		□ M □ F			$	$	$	$
CHILD #4		□ M □ F			$	$	$	$
CHILD #5		□ M □ F			$	$	$	$
CHILD #6		□ M □ F			$	$	$	$

Are you making any payments for child support? □ Yes □ No If yes, how much is paid each month? $

Are you or any of the family members pregnant? □ Yes □ No If yes, Who: Due Date: # of Babies Due:

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I GIVE MY CONSENT TO THE PALM BEACH COUNTY HEALTH DEPARTMENT, TO VERIFY THE INFORMATION PROVIDED. I UNDERSTAND THAT GIVING FALSE OR INACCURATE INFORMATION MAY MAKE ME INELIGIBLE FOR SERVICES PROVIDED BY THE CLINIC OR I MAY BE REQUIRED TO PAY 100% OF THE BILL.

Client/Parent/Guardian Signature: □ Client □ Parent □ Guardian Date:

PBCHD Official Use Only: Registered by:_____ **Date:**_____

Facility: □Belle Glade □Centering Program □Delray □Jupiter □Lantana/LW □Northeast □WPB