



**DOH-PBC Registration/Eligibility Form**  
To be filed under eligibility

**Parte-1: INFORMACION DEL CLIENTE**

<b>Apellido</b>		<b>Primer Nombre</b>		<b>Segundo Nombre</b>		<b>Sufijo</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b> (mm/dd/aaaa)		<b>Sexo al nacer (✓):</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<b>Raza: Cheque ✓ todas las categorías raciales que aplican:</b> <input type="checkbox"/> Negro-a Americano-a Africano-a <input type="checkbox"/> Blanco-a <input type="checkbox"/> Indio-a Americano-a/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático-a <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleños del Pacifico		
<b>Idioma (✓):</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Criollo <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique):				<b>Hispano?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>Numero de Seguro Social:</b>
<b>Al nacer, Fue usted un solo bebe?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si Respondio No, es usted: <input type="checkbox"/> Gemelo/a <input type="checkbox"/> Triplete <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique): Cuando Nacio: <input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique):				<b>Pais de Nacimiento (✓):</b> <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique):		La fecha que llego/ entro a los Estados Unidos:
<b>¿Tiene una directiva anticipada?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      En caso afirmativo, ¿puede proporcionarnos una copia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      Si no, ¿quieres que se forme? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
<b>¿Desea recibir Comunicaciones CONFIDENCIALES de Información de salud protegida por un medio alternativo o una dirección alternativa?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
<b>Dirección donde vive:</b>					<b>Apt#</b>	<b>Cheque (✓) Uno como su Contacto Principal:</b>
<b>Ciudad:</b>			<b>Estado:</b> FL	<b>Código Postal:</b>		<input type="checkbox"/> Número Celular:
<b>Dirección donde recibe correspondencia</b> (Si es diferente a donde vive):					<b>Apt#</b>	<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa#:
<b>Ciudad:</b>			<b>Estado:</b> FL	<b>Código Postal:</b>		<input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo#:

**Parte 2: CONTACTO DE EMERGENCIA**

**Parte-3: SEGURO MÉDICO (✓)**

<b>Primer Nombre:</b>	<b>Relación:</b>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Health Care District <input type="checkbox"/> BC/BS <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Clear Health Alliance <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique):
<b>Apellido:</b>		
<b>Teléfono#</b>	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	

**Parte-4: INFORMACION FINANCIERA**

**SI USTED NO DESEA PARTICIPAR EN NUESTRA ESCALA DE PAGO VARIABLE, POR FAVOR DE ESCRIBIR SUS INICIALES EN EL LUGAR INDICADO. AQUÍ \_\_\_\_\_ 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. Excepción es si usted está recibiendo servicios de planificación familiar. (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 (Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas))

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
Si Mismo/Padre		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>			\$	\$	
Espos(a)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>			\$	\$	
Niño(a) #1		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
Niño(a) #2		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
Niño(a) #3		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
Niño(a) #4		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
Niño(a) #5		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$

Esta usted ó algun miembro de su familia embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, Quién: _____ Fecha del Parto: _____ # de bebés que espera: _____	Esta usted haciendo pagos de pensión alimentaria de menores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respondio Si, Cuanto paga cada mes? \$ _____
---	---

**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

**Part-1: Client Information**

<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>Middle Name</b>	<b>Suffix</b>
<b>Date of Birth:</b> (mm/dd/yyyy)	<b>Sex at birth (J):</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<b>Race: Check (J) all racial categories that apply:</b> <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander	
<b>Language (J):</b> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Other (Specify):		<b>Hispanic?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Social Security#:</b>
<b>Were you a single birth?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If NO, are you a: <input type="checkbox"/> Twin <input type="checkbox"/> Triplet <input type="checkbox"/> Other (Specify): Were you born? <input type="checkbox"/> First <input type="checkbox"/> Second <input type="checkbox"/> Other (Specify):		<b>Country of Birth (J):</b> <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Other (Specify): Date Arrived to USA:	
<b>Do you have a Living Will (Advance Directive)?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No      If Yes, can you provide us a copy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No      If No, do you want the form? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<b>Do you wish to receive CONFIDENTIAL Communications of Protected Health Information by an alternative means or alternate address?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<b>Living Address:</b>		<b>Apt#</b>	<b>Check (J) One as your Primary Contact:</b>
<b>City:</b>	<b>State:</b> FL	<b>Zip Code:</b>	<input type="checkbox"/> Cell Phone#:
<b>Mailing Address: (If different from where you live)</b>		<b>Apt#</b>	<input type="checkbox"/> Home Phone#:
<b>City:</b>	<b>State:</b> FL	<b>Zip Code:</b>	<input type="checkbox"/> Work Phone#:

**Part-2: Emergency Contact**

**Part-3: Health Insurance (J)**

First Name:	Relationship:	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Health Care District <input type="checkbox"/> BC/BS <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Clear Health Alliance <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other (Specify):
Last Name:		
Phone #	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	

**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. Exception is if you are receiving Family Planning Services. (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/PARENT		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>			\$	\$	
SPOUSE		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>			\$	\$	
CHILD #1		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
CHILD #2		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
CHILD #3		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
CHILD #4		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
CHILD #5		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$

Are you or any of the family members pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, Who: _____ Due Date: _____ #of Babies Due: _____	Are you making any payments for child support? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how much is paid each month? \$ _____
--	--

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