

PATIENT REGISTRATION / INCOME VERIFICATION

Lower Lights Christian Health Center

1251 W. Broad St.

Columbus, OH 43222

Nombre (Name) _____

Dirección (Address) _____

Teléfono de su casa (Home phone) _____

Teléfono celular o del trabajo (Cell/Work) _____

Income verified: Date: _____ Initials: _____

No Income verified: Date: _____ Initials: _____

Medicaid Eligibility: Date: _____ Initials: _____

Reviewed Office Policy for Non-payment: Date: _____ Initials: _____

Reviewed Office Policy for No-show: Date: _____ Initials: _____

Quick check assessment:

1. Número de adultos viviendo en su casa (Number of adults) _____

2. Número de niños menores de 19 años viviendo en su casa (Number of children) _____

3. Su ingreso mensual antes de impuestos (Gross monthly earned income) _____

4. Otros ingresos mensuales (seguro social, pago de manutención para sus hijos, etc.) (Monthly unearned income) _____

5. Cuánto paga al mes de renta/hipoteca (rent/mortgage) _____, gasolina (gas) _____, luz (electricity) _____, agua (water) _____

6. Gastos médicos mensuales, en caso de que los tenga ¿cuánto tiene que pagar al mes? (monthly out of pocket medical expenses) _____

7. Gastos mensuales de guardería o cuidado de algún adulto, en caso de que los tenga ¿cuánto paga al mes? (child or adult care expenses) _____

8. Alguna vez a aplicado a (have you ever applied to):
___ Medicaid/Healthy Start/Healthy Families ___ Medicare ___ Disability

9. Por favor indique si usted es (check any that apply to you):
___ Discapacitado ___ Estudiante ___ Embarazada ___ Una persona que no tiene en dónde vivir
Disabled Student Pregnant Homeless

___ Ciego ___ Sordo ___ Su idioma principal no es el Inglés ___ No sabe leer ___ No sabe escribir
Visually Imp. Hearing Imp. Another primary language Cannot read Cannot write

Financial Determination:

El paciente tiene: _____ Medicaid _____ Medicare _____ Seguro Privado _____ No tiene seguro
Patient has: Medicaid Medicare Comercial Insurance No Coverage
Tarifa reducida (*Sliding Fee*): ___\$10.00 ___\$20.00 ___\$30.00 ___\$40.00 ___\$50.00 ___ Completa

¿Presentó talón de cheques, declaración de impuestos o carta de discapacidad?: Sí _____ No _____
Check stub, tax return of disability award letter copied and attached? Yes No

Si no se anexa una copia del talón de cheques indique la razón:

If check stub not copied and attached, please check reason

_____ Primera visita / no sabía los requerimientos (tiene 60 días para presentarlo)
First time visit/ unaware of requirements (60 day limit)

_____ No recibo ningún ingreso en este momento (anexe la forma "no income")
No income (if checked attach no income form)

_____ Se presentó prueba de ingresos a través de otro paciente (misma expiración y condiciones)
Proof filed under another patients chart (eligibility and expiration the same as patient with proof filed) Name of the chart _____

Estoy de acuerdo en pagar la cantidad especificada el día de mi consulta médica. Además testifico que estos datos son verdaderos, que los ingresos que declaro son todos los ingresos que recibo y que los familiares que aquí menciono dependen solamente de estos ingresos.

(I agree to pay my fee at the time of service. I further attest that, as of the date of my signature, the income source listed constitutes my entire household income, and that the family members listed are all solely dependent on that income)

Firma del paciente (*Signature Patient*) _____ Fecha (*Date*) _____
Trabajador(a) Social (*Case Manager*) _____ Fecha (*Date*) _____

Front Desk:

Date received: _____

Date all requested fields entered: _____

Staff Initials: _____