

**NUESTRA CLINICA DEL VALLE
REGISTRATION FORM**

Nuestra Clinica del Valle is a Federally Qualified Community Health Center (FQHC) that is required to obtain certain information in order for you to qualify for discounts. If you are interested in receiving discounts, please complete the section for income and family size. ***If you do not want to qualify for discounts, only complete patient demographic and insurance information if any.*** This information will assist us in determining the level of discount you and your family may receive for medical/dental services at NCDV. The requirements for discounts we need to verify is **Gross Annual Income and Family Size**. The discounts will be calculated on an annual basis using income and family size utilizing the Federal Poverty level guidelines. This process is done initially. Updates are done yearly and/or whenever there is a change to household information regarding income and family size.

APPLICANT INFORMATION: *Proof of Identity*: Please provide a valid Picture ID for office security purposes exa. (SS Card, Birth Certificate, or other Board approved documents) *(There may be other documents required if deemed necessary by registration clerk when becoming a patient with NCDV.)*

(Items with an * is required for discounts)

*Name: _____

*Date of Birth: _____

Address: _____

Social Security Number: _____
(If applicable)

City: _____ ST _____ Zip Code _____

Phone Number: _____

Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Legally Separated ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Unknown

RESPONSIBLE PARTY FOR THIS ACCOUNT: *(if different from the person applying for services)*

_____/_____/_____
Full Name or Responsible Party Date of Birth Social Security Number

Do you have insurance? ☐ No ☐ YES

-- May still be eligible for discounts--

INSURANCE COVERAGE: *Proof of Insurance* is required for verification of benefits, example: card, letter from insurance, etc

☐ Medicare ☐ Medicare Supplement ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Private Insurance ☐ County

Applicant Information:	
Race:	☐ White ☐ Black/African America ☐ Asian ☐ Native Hawaiian ☐ Other Pacific Islander ☐ American Indian/Alaskan Native ☐ More than One Race ☐ Unreported /Refused to Report
Ethnicity:	☐ Hispanic ☐ Not Hispanic ☐ All Others
Sexual Orientation:	☐ Lesbian, gay or homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ something else ☐ choose not to disclose
Gender Identity	☐ Male- M ☐ Female-F ☐ Transgender Male/Female to Male ☐ Transgender Female/Male to Female ☐ Genderqueer ☐ Choose not to disclose
Veteran:	☐ Yes ☐ No ☐ Occupation _____

Have you worked locally or migrated within the past two years to work in a job that is related to a life sustaining product? ☐ No ☐ Yes **If yes:** ☐ locally ☐ Migrates *(leaves primary home to go work for this job)*

Examples: preparing land, planting, picking, packing, and/or transporting life sustaining products such as vegetables, milk, poultry, fish, cattle, etc. Worked in a ranch, poultry farm, fishery, etc.

Does applicant wish to apply for discounts? ☐ NO *(Stop Here)* ☐ YES

If yes: continue completing the following information on the next page and provide ***Proof of Income and Household documentation**.

Name of person and phone number whom we may contact in case of an emergency:

Name: _____

Relation to Patient: _____

Phone Number: _____

Alternate number: _____

***Total Number of Family Members living at home and supported by household income:** _____

***Is your household a single family household?** ☐ Yes ☐ No - **If you leave with someone:**

***Do you support self or does person you live with support your household?** ☐ Self ☐ Other Person(s)

***INCOME INFORMATION: Proof of Income** is required and can be any of these sources: payroll check stubs (one month total), income tax return, W2 Forms, and/or Notarized Letter for self employed applicant who does not have social security number.

Please tell us how often person is paid: **W – Weekly; B – Bi-Weekly** (every other wk); **M – Monthly; BM – Bi-monthly** (15th/30th)

***Earned Income:** *Amount how often?*

Gross Self Income:	\$	
Gross Others Income:	\$	

For clerk's calculations of annual income:

***Unearned: Do you receive funds from any of the following sources: If so, how much and how often?**

Social Security	\$	/ Monthly	Retirement/Pension	\$	/ Monthly
Public Assistance/TANF	\$	/ Monthly	Food Stamps	\$	/ Monthly
Child Support Alimony	\$	/	Other	\$	/

***FAMILY MEMBERS INFORMATION: (Relationship: S–Self; SP–Spouse; SO–Son; D–Daughter; O- Other and Insurance if any)**

Name	DOB	SSN (If Applicable)	Relationship	Insurance (If applicable)
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

I attest under penalty of perjury that the information provided is true and correct to the best of my knowledge. I authorize Nuestra Clinica Del Valle to verify the information I have given herein. I understand that this information will be kept confidential and that I have been given the expiration date to produce proof of income and household information/documentation to comply with policies. I understand that if I fail to comply with this request I will lose the privilege to continue receiving discounts based on this certification. I understand that I must notify NCDV of any changes to my income and family size as soon as change occurs. I understand that failing to comply with the discount application requirements will place me at 100% of charge. **This application is good for a 2 year period. Updates for income and household information will be updated annually.**

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, age, disability, religion, sex, familial status, sexual orientation, and reprisal (not all prohibited bases apply to all programs). **“This institution is an equal opportunity provider, and employer.”**

Patient Signature: _____

Date: _____

For Clinic Use Only:

Total Gross Income calculated for household: \$ _____	Chart Number Assigned:	SF Scale Qualified For:
	Registration Complete: ☐ Yes	Expiration Date:
	Incomplete: ☐ Pending Documents POI Household Doc 30 Days Exp:	
Registration Clerk Initials:		Date Application Submitted:

NUESTRA CLINICA DEL VALLE

FORMA DE REGISTRACION

Nuestra Clínica del Valle es un Centro de Salud Comunitario Calificado Federalmente (FQHC) que debe obtener cierta información para que usted califique para descuentos. Si está interesado en recibir descuentos, complete la sección de ingresos y tamaño de la familia. **Si no desea calificar para descuentos, solo complete la información demográfica y del seguro del paciente, si corresponde.** Esta información nos ayudará a determinar el nivel de descuento que usted y su familia pueden recibir por servicios médicos/dentales en NCDV. Los requisitos para los descuentos que debemos verificar son el ingreso bruto anual y el tamaño de la familia. Los descuentos se calcularán anualmente utilizando los ingresos y el tamaño de la familia utilizando las pautas federales del nivel de pobreza. Este proceso se realiza inicialmente. Las actualizaciones se realizan anualmente y/o cada vez que hay un cambio en la información del hogar con respecto a los ingresos y el tamaño de la familia.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: Prueba de identidad: Proporcione una identificación con fotografía válida para fines de seguridad de la oficina, exa. (Tarjeta del Seguro Social, certificado de nacimiento u otros documentos aprobados por la Junta) (Es posible que se requieran otros documentos si el secretario de registro lo considera necesario al convertirse en paciente de NCDV). **(**Se requieren artículos con un * para descuentos**)**

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número Seguro Social: _____

Ciudad: _____ EST _____

Numero de Telefono: _____

Codigo Postal: _____

Información del aplicante:

INFORMACIÓN DE SEGURO: *Tiene seguro médico?* ☐ No ☐ Sí: *Por favor marque su cobertura apropiada.*

☐ Medicare ☐ Medicare Suplemental ☐ Seguro Privado ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Condado

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA:

Nombre Completo de la Persona Responsable de la Cuenta

Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social

_____/_____/_____

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)

Ednicidad: ☐ Blanco ☐ Otro ☐ Negro

Raza: ☐ Hispano ☐ Asiatico ☐ Nativo Americano ☐ Otro ☐ Reusa Reportar

Veterano de Guerra: ☐ Yes ☐ No () Ocupacion

Trabaja o ha trabajado en los últimos dos años en algún lugar que prepara, cultiva, produce, empaca, o transporta, artículos de primera necesidad? ☐ Sí ☐ No

Ejemplos: ranchos avicola, pescadería, ganadería, sembradillos, hortaliza, etc. Trabaja en este tipo de trabajo localmente o migra a otro lugar para haces este tipo de trabajo? **Localmente** ☐ **Viaja fuera de su hogar para este tipo de trabajo?** ☐

Nombre y teléfono a quien se le puede llamar en caso de una emergencia:

Nombre: _____

Relación con Paciente: _____

Teléfono: _____

Teléfono Alternativo: _____

Desea aplicar para los descuentos de la clínica? ☐ **NO** (*Llene hasta aquí.*) ☐ **Sí** (*Si desea aplicar continúe llenando el resto de esta forma y dele su Comprobante de Residencia a la recepcionista de registro; recibo de utilidades que demuestre su dirección, i.e., luz, agua, etc.*)

*Numero de miembros de Familia que viven en su casa y se mantienen bajo los ingresos del jefe de esta familia: _____

*Vive en su casa solamente con su familia? ☐ Sí ☐ No Su familia se mantiene con sus propios ingresos? ☐ Sí ☐ No

*Si comparte la casa con otra familia, les mantiene la persona(s) con quién vive? ☐ Sí ☐ No

***INFORMACIÓN DE INGRESOS:** Se requiere comprobante de ingresos y puede ser cualquiera de estas fuentes: talones de cheques de nómina (un mes en total), declaración de impuestos, formularios W2 y/o carta notariada para solicitantes que trabajan por cuenta propia y no tienen número de seguro social.

Indique cómo se le paga: S- Semana; C- Cada Otra Semana; M- Mes; DM- 2 Veces x Mes (15/30)

*Ingresos de su trabajo: Cantidad Cómo?

Ingresos del Aplicante: (antes de impuestos)	\$	
Ingresos de otra persona: (antes de impuestos)	\$	

Para uso del personal (for income calculations):
--

*Otros ingresos que reciba de otros medios que no son de un trabajo directo: Si recibe indique cuánto y cada cuándo?

Seguro Social/Supplemental: \$	/ mes	Pensión/Jubilación: \$	/ mes
Asistencia Pública TANF: \$	/ mes	Estampillas: \$	/ mes
Manutención de niños: \$	/	Otros Medios: \$	

***INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA:** M- Yo Mismo; SP- Esposa(o); S- Hijo; D- Hija; O- Otro

Nombre Completo: (correspondiente con el número de familia que marcó en la pregunta encontrada al reverso de esta forma.)	Fecha de Nacimiento	Número Seguro Social (si lo tiene)	Relación (con Responsable de esta Cuenta)	Información de Seguro (si lo tiene)
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Doy fe bajo pena de perjurio que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a Nuestra Clínica Del Valle a verificar la información que he proporcionado aquí. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial y que se me ha dado la fecha de vencimiento para presentar prueba de ingresos e información/documentación del hogar para cumplir con las políticas. Entiendo que si no cumplo con esta solicitud perderé el privilegio de seguir recibiendo descuentos basados en esta certificación. Entiendo que debo notificar a NCDV sobre cualquier cambio en mis ingresos y el tamaño de mi familia tan pronto como se produzca el cambio. Entiendo que el incumplimiento de los requisitos de solicitud de descuento me hará pagar el 100% del cargo. Esta solicitud es válida por un período de 2 años. Las actualizaciones de información sobre ingresos y hogares se actualizarán anualmente.

En acuerdo con leyes Federales y del Departamento de Agricultura de los Estado Unidos de América, esta institución está prohibida de discriminar por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión, sexo, estado familiar, orientación, sexual, y represalias (no todos estos motivos aplican a todos los programas). "Esta institución es un proveedor y empleador de oportunidad equitativa."

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Para Uso del Personal: (Form Updated 01/13)

Total Gross Income calculated for household: \$ _____	Chart Number Assigned:	SF Scale Qualified For:
	Registration Complete: ☐ Yes	Expiration Date:
	Incomplete: Circle Pending Document ☐ PO ☐ POR ☐ Pt ID ☐ 30 Days Exp:	
Registration Clerk Initials:	Date Application Submitted:	

