



### CLIENT ELIGIBILITY REGISTRATION FORM

Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Sex  F  M Alien # \_\_\_\_\_

Hispanic  Yes  No Race \_\_\_\_\_ Marital Status  Single  Married  Divorced  Separated  Widowed

Living Address \_\_\_\_\_

Mailing Address \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ E-mail Address \_\_\_\_\_

**Please list everyone living in the home**

Name	Date of birth	SS#	Relationship

**Please list everyone in the home with any type of income including:**

Earnings from employers, self-employment, unemployment, worker’s compensation, social security, death benefit, pensions, alimony, child support, public assistance, veterans benefits, investments, trust funds, rental income, assistance from others, odd jobs, cash withdrawn from any banks or other sources.

Name	Employer or type of income	Monthly gross income

**Please answer the following questions:**

What brings you here today? \_\_\_\_\_

Does any family member have Medicare coverage?  Yes  No Medicare Part D?  Yes  No

Does any family member have Medicaid coverage?  Yes  No Have you applied for Medicaid?  Yes  No

Do you have any medical coverage/private health insurance?  Yes  No Plan Name \_\_\_\_\_

Are you pregnant, a new mother, or received a pregnancy related service in the past 2 years?  Yes  No

Are you paying child care?  Yes  No If yes, how much and where to? \_\_\_\_\_

Do you have a court order to pay child support for a child not in your home  Yes  No

Do you have children under age 21 in your home?  Yes  No Relationship to children \_\_\_\_\_

Are you homeless or living temporarily with others?  Yes  No

**I affirm that the information that I am providing is true and correct. I understand that if I provide false or inaccurate information that services may be discontinued and I will have to pay for all services received according to the fee schedule. FAC64f10.003(5).**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

In accordance with Federal law, the Department of Health is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, disability, religion, political belief, sexual orientation or marital status.



### REGISTRACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Sexo  F  M Alien # \_\_\_\_\_

Hispano(a)  Si  No Raza \_\_\_\_\_ Estado Civil  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

Dirección Residencial \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Por favor escriba los nombres de todas la personas que viven en el hogar**

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	SS#	Relación

**Por favor escriba los nombres de todas las personas en el hogar con algún tipo de ingreso incluyendo:**

Ingresos de empleadores, trabajo por cuenta propia, desempleo, compensación por accidentes en el empleo, seguro social, beneficios por muerte, jubilación, pensión alimenticia, manutención de hijos, asistencia pública, beneficios de veteranos, inversiones, fondos testamentarios, renta, ayuda de otras personas, trabajos ocasionales, retiro de dinero de alguna cuenta u otro recurso.

Nombre y Apellido	Empleador ó Tipo de Ingreso	Ingreso Bruto Mensual

**Por favor responda las siguientes preguntas:**

¿Cuál es el motivo de su visita el día de hoy? \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de su familia tiene cobertura de Medicare?  Si  No ¿Medicare Part D para medicamentos?  Si  No

¿Algún miembro de su familia tiene cobertura de Medicaid?  Si  No ¿Ha solicitado usted Medicaid?  Si  No

¿Tiene usted alguna cobertura médica/seguro de salud privado?  Si  No Nombre del Plan: \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada ó recibió servicios relacionados a un embarazo en los últimos 2 años?  Si  No

¿Está usted pagando por el cuidado de niños (day care)?  Si  No ¿Cuánto paga y a qué institución? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una orden judicial para pagar manutención de hijo(s) que no viven en su hogar?  Si  No

¿Tiene usted niños menores de 21 años de edad en su hogar?  Si  No ¿Relación con los niños? \_\_\_\_\_

¿Vive usted en las calles o está usted temporalmente viviendo con otras personas?  Si  No

**Afirmo que la información que estoy proporcionando es verdadera y correcta. Entiendo que si proporciono información falsa o incorrecta los servicios pueden ser descontinuados y tendré que pagar por todos los servicios recibidos según la ley FAC64f10.003(5).**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

De acuerdo con la ley Federal, el Departamento de Salud está prohibido a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión, ideología política, orientación sexual, o estado civil.