

OPEN DOOR HEALTH CENTER

1350 SW 4 ST., HOMESTEAD, FL 33030 TEL: (305) 246-2400 Fax: (305) 246-5010 www.opendoorhc.org

DIRECTIONS FOR COMPLETING OPEN DOOR HEALTH CENTER APPLICATION to become a clinic patient

Before you are considered for services you must:

- 1) **After completing the whole application**, meet with **Myrian Crissien** who will help you apply for other possible services, help you complete this application if necessary, and inform you of any information crucial to your application. One application per person (not per family) is required.
- 2) Contact **Myrian at (305) 725-6776 (Monday to Friday regular working hours)** for an appointment. Provide a **separate application, ORIGINALS AND A COPY OF THE FOLLOWING, FOR EACH APPLICANT:**
 - A. Photo ID **for every family member** (birth certificate for each child).
 - B. **2009 year Income Tax Return** (yours, your spouse, or your financial supporter-personal & business). We will request IRS confirmation.
 - C. **If you do not file taxes**, bring a W-4 form and a **notarized letter** stating that you do not file taxes and you are not claimed as someone's dependant.
 - D. **W-2 or 1099** form (for all employed persons who live in the household)
 - E. **Last four consecutive (4) pay stubs** of **all** employed family members, guardians, financial supporters)
 - F. If you are paid in cash, bring an employment letter that is NOTARIZED, including gross income, pay-per week, dates of pay period and services you are paid to do.
 - G. Bring last 3 bank statements (personal and business), your 1099 form and last year's taxes.
 - H. If you are unemployed, provide copy of last pay stub, and proof of unemployment including a letter from person who supports you (**NOTARIZED**).
 - I. If you receive Welfare, provide copy of Welfare check, social security or disability payments.
 - J. If you own a home, a car or TimeShare, provide Property titles for home & cars plus-proof of car insurance
 - K. Proof of major expenses including rent, mortgage and car payment
 - L. If you rent a room from others, provide proof that you live there (notarized statement from owner).
 - M. If you lease space from your home, bring notarized statement from tenant.
 - N. Utility bills – electricity, water, phone
 - O. If you receive food stamps and /or Medicaid for you or your children, provide proof.
 - P. If you receive Section 8 Housing, provide evidence of this.
 - Q. Other documents may be required as deemed necessary.
 - R. **Incomplete applications will not be received or processed.**

Your application will be reviewed, once all items are attached, by clinic Management for possible approval. Thank you.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR APLICACION PARA SER PACIENTE DE LA CLINICA OPEN DOOR

Antes de que usted pueda ser considerado(a) para servicios tiene que:

- 1) Después de completar la aplicación, reunirse con **Myrian Crissien** quien le ayudará a aplicar para otros posibles servicios, a llenar esta aplicación si es necesario e informarle cual es otra información crucial para su aplicación. Se requiere una aplicación por cada persona, (no por cada familia).
- 2) Se puede comunicar con **Myrian al teléfono (305) 725-6776 (llamar de Lunes a Viernes horas laborables)** para hacer una cita. Por favor proveer **documentos originales y una copia de cada documento para la aplicación, de cada persona que aplica,** de:
 - A. Identificación con foto para todos los miembros de la familia (registro de nacimiento de cada niño)
 - B. copia de **declaración de impuestos –“Income Tax” del 2009** –suyo y negocio, pareja/marido/esposa, o persona de quien depende económicamente. Pediremos copia del Departamento de Rentas Internas (IRS)
 - C. **Si usted no llena declaración de impuestos** traiga una forma **W-4 ó 1099** completa y una carta notariada donde certifica que no llena impuestos y que ninguna persona le reclama como dependiente de él (ella).
 - D. Forma W-2 (de todos los personas que viven con usted y que tienen empleo)
 - E. **Últimos 4** comprobantes de empleo (talonarios) **consecutivos de todos** familiares empleados, guardianes, o personas de quien usted depende
 - F. Carta de su empleador NOTARIZADA, verificando sus ingresos recientes, salario semanal y fechas trabajadas si le pagan en efectivo (cash).
 - G. Traiga los últimos 3 estados bancarios (personal y de negocios), la forma 1099 de su negocio (si es dueño de negocio).
 - H. Comprobantes de desempleo-Si está desempleado, traiga último talón de cheque y prueba de ello incluyendo una carta notariada de la persona que lo mantiene.
 - I. Prueba de gastos mayores incluyendo renta, pago de auto, gastos de cualquier negocio propio.
 - J. Carta **NOTARIZADA** de quién le mantiene económicamente
 - K. Si es dueño de una casa, apartamento, “Time-Share” o automóvil traiga registración de los autos, seguro de autos y los títulos de estas propiedades.
 - L. Si vive en un cuarto alquilado traiga prueba de que usted vive allí (carta notariada del dueño) y si alquila parte de su hogar, traiga una carta notariada de sus inquilinos.
 - M. Recibos de cuentas de agua, electricidad
 - N. Copia de cheques de Welfare, incapacidad, o seguro social
 - O. Si recibe estampillas de alimentos o Medicaid para algún miembro de la familia traiga prueba.
 - P. Si recibe ayuda de renta con sección 8, traiga evidencia.
 - Q. Se podrían pedir otros documentos.
 - R. **Aplicaciones incompletas no serán recibidas o procesadas.**

Cuando el proceso esté completo su aplicación se evaluará por la administración de la clínica para posible aprobación. Gracias

APPLICATION FOR SERVICES AT OPEN DOOR HEALTH CENTER

Patient Name: _____ Phone: _____
(Nombre) (Teléfono)

Address: _____ City: _____ Zip: _____
(Dirección) (Ciudad) (Código postal)

Social Security: _____ D.O.B. _____
(Seguro social) (Fecha de nacimiento)

Permanent or Migrant? Sex: _____ Race: _____ Birthplace: _____
(Permanente o migrante) (Sexo) (Raza) (País donde nació)

Mother's Maiden Name: _____ Guardian / Spouse name: _____
(Apellido de soltera de su madre) Nombre de persona encargada- esposo(a) o (pareja)

Guardian / Spouse's phone: _____
(Número Tel. de persona encargada- esposo(a) o (pareja)

Guardian / Spouse's address: _____ City: _____ ZIP: _____
(Dirección de persona encargada o su pareja) (Ciudad) (Código postal)

Do you or your children have any Medicaid, Medicare or other medical insurance? **Yes** **No**
¿Tiene usted ó sus niños Medicaid, Medicare, u otro seguro médico?

Do you or your children receive food stamps, AFDC or Section 8? **Yes** **No**
¿Recibe usted o sus niños cupones de alimento, AFDC o Sección 8?

Family Yearly Income: _____ Hourly Income: _____ Family Size: _____
(Salario anual familiar) (Salario por hora) (# De personas en su hogar)

Members of household: (miembros de familia en casa)

Name (nombre)	Relationship (relación)	Birthdate (fecha de nacimiento)
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		

We need ID or Birth Certificates for all family members (Necesitamos identificación o certificados de nacimiento para todos los miembros de la familia). We need proof of income for all family members (Necesitamos pruebas de ingreso de todos los miembros de la familia)

Social History: Occupation: _____ Ed. Grade completed: _____ Native Lang: _____
(Historia Social: En qué trabaja) (Grado escolar) (Idioma)

Place of Employment: _____ Read/Write? : _____ Nat. Origin: _____
(Lugar de Trabajo) (¿Sabe leer y escribir?) (País de origen)

Reason for referral: _____ Primary Care _____ Women's Health _____ Other (Specify) _____
(Razón de Referido:) (Cuidado Primario) (Cuidado de Mujer) (Otro: Especifique)
_____ Podiatry _____ Pediatric
(Podiatría) (Pediatria)

Referred by: _____ Referred to: _____
(¿Quién lo refirió?) (Referido a:)

Previous Provider: _____ Today's date: _____
(Clínica o médico anterior) (Fecha de hoy)

Last ER Visit (date): _____ which hospital? _____
(Última visita a la emergencia: fecha) (Hospital)

Please read carefully entire section and sign
(Por favor leer todo cuidadosamente y después firmar):

By these means **I certify that the above information is true and accurate.** I understand that the clinic has the right to deny services if I do not qualify for services or if I have not truthfully stated or provided required information. It is my responsibility to inform the clinic of any change in the information I am providing. **If approved for services based on inaccurate information provided I will be financially responsible for any service cost incurred. I understand that I must re-apply for services yearly if approved. Although clinic services are free of charge, I understand services provided at other facilities could carry charges which will be my responsibility and not the clinic's. The clinic only treats clinic patients with appointments during regular working hours.**

Por estos medios **certifico que ésta información es actual y completa.** Entiendo que la clínica tiene el derecho a negar sus servicios si no califico para ellos o si no he sido honesto en la información entregada o entregado los datos o documentos requeridos. Es mi responsabilidad informar a la clínica de cualquier cambio en la información que estoy sometiendo. **Si se me aprueba para servicios basado en información incorrecta seré responsable por cualquier costo incurrido. Entiendo que debo aplicar anualmente si se me aprueba para servicios y que aunque los servicios prestados en la clínica son gratuitos, yo podría ser responsable por el pago de servicios recibidos fuera de la clínica por los cuales la clínica no es responsable. Estoy consciente de que solo se asisten pacientes de la clínica con cita previa durante horas laborables.**

Signature (Firma): _____ Date (fecha): _____
Witness (Firma de testigo): _____

FOR OFFICE USE ONLY

Eligibility: _____ HRS clients _____ 200% poverty or less _____ Medicaid eligible

Approved by: _____ Date: _____



VOLUNTEER HEALTH CARE PROVIDER PROGRAM - FINANCIAL ELIGIBILITY FORM

CLINIC/PROGRAM/PROVIDER:

Section 1 Do you have insurance that covers your health or dental condition? YES _____ NO _____
 Does anyone in your family have an active FL Medicaid card? YES _____ NO _____

Name of the card holder and Medicaid No. _____

Client's/Head of Household's Name: _____
 (LAST NAME) (FIRST NAME) (MIDDLE INITIAL)

Address: _____
 (STREET) (CITY/STATE) (ZIP CODE)

Telephone or Contact Number: _____ Name of Contact: _____

Section 2
Family Size: Adults _____ Under 18 _____ 18-21--Student _____ Unborn _____ Family Size TOTAL _____

FAMILY MEMBERS NAME	DOB	EMPLOYER	GROSS EARNED INCOME LAST 4 WKS	GROSS UNEARNED INCOME LAST 4 WKS (Do not include TANF or SSI)
SELF			\$	\$
SPOUSE			\$	\$
CHILD			\$	\$
CHILD			\$	\$
CHILD			\$	\$
CHILD			\$	\$
TOTALS			\$	\$
Add earned and unearned income			to determine total	TOTAL INCOME \$ _____

Section 3 BUDGET COMPUTATION (To be completed if family income is above federal poverty level.)

Step 1. "TOTAL FAMILY INCOME" for family unit (Earned and unearned income). (1) \$ _____ (Above)

Step 2. Subtract \$90 for EACH employed member of the family unit. (2) \$ _____ (Minus)
 (2a) \$ _____ (Total)

Step 3. Subtract childcare PAID each month (up to \$175 per child age 2 and older; up to \$200 per child under age 2). (3) \$ _____ (Minus)
 (3a) \$ _____ (Total)

Step 4. Subtract up to \$50 per month of total child support received. (4) \$ _____ (Minus)

Step 5. TOTAL NET INCOME (5) \$ _____ (Total)

Section 4 USE CURRENT YEAR FEDERAL POVERTY GUIDELINES FOR INCOME DETERMINATION

I certify by my signature that, to the best of my knowledge, the above information is a true and complete statement of my financial situation. I understand that the information I have given is subject to verification by the Department of Health. I acknowledge I am responsible to inform the Department of Health of any change in my financial or health insurance status prior to my next visit. I acknowledge receipt of the Department of Health's Notice of Privacy Practices.

 SIGNATURE OF CLIENT/PARENT OR GUARDIAN

 DEPARTMENT OF HEALTH VOLUNTEER OR EMPLOYEE

 DATE

(VALID FOR ONE YEAR) Expiration date: _____