

OPEN DOOR HEALTH CENTER

PATIENT APPLICATION

Phone: (305) 246-2400 Fax: 305-246-5010

In order to receive medical services from the Open Door Health Center, interested individuals need to apply and have their application approved. Approved applications are valid for one year or until insurance or income changes if sooner.

Before proceeding with this application, please **READ THE FOLLOWING CAREFULLY**

1. To be eligible to receive services:

- You must have no medical insurance of any kind – No Medicaid, Medicare or other health insurance.
- You must reside in Miami-Dade County.

2. Eligibility Requirements:

- **Proof of Identity** (*provide 1 of the documents listed below for each household member*)
 - Adults: Current Driver's License, Passport or photo i.d.
 - Children: Birth Certificate or Passport
- **Proof of Residence** (*provide 1 of the documents listed below*)
 - Mortgage or rent statement
 - Housing Authority Letter
 - Utility bill
 - Notarized Letter from head of household stating where you live
- **Proof of Previous Year's Income** (*provide 1 of the documents listed below for each employed member of your household*)
 - 2015 Taxes – personal **and** business
 - If you did not file taxes, a notarized letter stating such, including how much money you earned in 2015
- **Proof of Current Income** *from all sources for all employed persons in household*
 - 4 consecutive weeks of pay stubs from all employers
 - If paid in cash – a letter from your employer stating weekly pay amount
 - If you are self-employed or work "side jobs," provide a notarized letter stating how much you earn per month and what you do to earn the money
 - Child support, Food stamps, monetary gifts and Social Security benefits received

3. Call 305-725-6776 and make an appointment and meet with Myrian Crissien of Catalyst Miami to review application(s).

- a. Please bring originals and a copy of all required documents with you to your appointment.
- b. Additional documents may be required

Completion of application does not guarantee approval for services.

OPEN DOOR HEALTH CENTER
APLICACION PARA PACIENTE
Teléfono: (305) 246-2400 Fax: (305) 246-5010

Para recibir servicios médicos de Open Door Health Center, las personas interesadas necesitan aplicar y tener su aplicación aprobada. Una vez aprobadas son válidas por un año o antes si hay cambio en los ingresos u obtiene cualquier clase de seguro médico.

Antes de proceder con esta aplicación, por favor **LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE**

1. Para ser elegible para recibir los servicios
 - Usted no debe tener ninguna clase de seguro médico – incluyendo Medicaid y Medicare
 - Usted debe ser residente del Condado Miami Dade.

2. Requisitos de Elegibilidad:
 - **Prueba de Identificación.** (Proporcionar 1 de los documentos enumerados a continuación de cada miembro de la familia)
 - Adultos: Licencia de manejo, Pasaporte o Identificación con foto actualizada
 - Niños: Certificado de Nacimiento o Pasaporte

 - **Prueba de Residencia** (proporcionar 1 de los documentos enumerados a continuación)
 - Declaración de pago de renta o Hipoteca de la casa
 - Carta de la autoridad de vivienda
 - Factura de servicios públicos (agua, luz, teléfono)
 - Carta notariada de cabecal de familia indicando donde usted vive

 - **Prueba de ingresos del año anterior** (traiga uno de los documentos enumerados a continuación de cada uno de los miembros de la familia que trabajen)
 - Declaración de impuestos 2015, personal y de negocios si aplica
 - Si usted no llenó planilla de impuestos, una carta notariada que indique cuánto dinero usted ganó en el año 2015

 - **Prueba de Ingreso actual** de todas las personas que trabajan en el hogar
 - 4 talonarios de pago semanas consecutivas de todos los que trabajan en el hogar
 - Si le pagan en efectivo, una carta de su empleador indicando la cantidad ganada por semana
 - Si usted trabaja por su propia cuenta o hace otros trabajos traiga una carta notariada indicando cuánto dinero usted gana cada mes y que clase de trabajo hace
 - Manutención de los hijos, cupones de alimentos, regalos monetarios y beneficios de Seguro Social

3. Llame al **305-725-6776** y haga una cita para reunirse con Myriam Crissien de Catalyst Miami para revisar su aplicación(s)
 - Traiga documentos originales y copias de todos los documentos requeridos el día de su cita
 - Se podrá solicitar documentos adicionales

Completar este proceso no garantiza que su aplicación será aprobada.

APPLICATION FOR SERVICES AT OPEN DOOR HEALTH CENTER

Last Name(s)/First Name: _____
(Apellido/Nombre)

Phone #1: _____ Phone #2: _____
(Teléfono) *(Teléfono)*

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

Social Security: _____ D.O.B. _____ Marital Status: Married ___ Single ___
(Seguro social) *(Fecha de nacimiento)* *Estado Marital: casado(a) ___ Soltero(a) ___*

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 <i>(nombre)</i>	Relationship <i>(relación)</i>	Birthdate <i>(fecha de nacimiento)</i>
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		
9. _____		

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

Place of Employment: _____ Read/Write? : _____
(Lugar de Trabajo) (¿Sabe leer y escribir?)

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: _____ Previous Provider: _____
(Referido por) (Clínica o médico anterior)

Date Last ER Visit: _____ 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 (honesta) 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: _____