



SOLICITUD PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL CONDADO DE MONTGOMERY

SOLO PARA USO OFICIAL DEL CONDADO:
 ID de contacto e/CM: _____
 Número de caso: _____

Nombre del jefe de familia (Apellido, nombre, segundo n.)	Teléfono residencial	Teléfono del trabajo	Teléfono celular
¿Dónde vive? (Número y calle)	# de depto.	Ciudad	Estado
Dirección postal (si es diferente al domicilio particular)		Código Postal	
¿Qué idioma habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro			
¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Si es así ¿quién? _____			
¿Ha recibido algún beneficio de un programa de salud del Condado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		¿Bajo qué nombre? _____	
SECCION A MIEMBROS DEL HOGAR			

Llene los espacios en blanco para todas las personas en su hogar. Marque SI para cada persona por la que está solicitando. Marque NO para cada persona por quien no está solicitando. Marque los servicios que solicita.

SOLICITANDO	NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	RELACION CON USTED:	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AA	SEXO M = Masculino F = Femenino	ESTADO CIVIL M = Casado S = Soltero D = Divorciado P = Separado W = Viudo	RAZA (Indique abajo para cada una de las personas) A = Asiatico B = Negro/ Afroamericano C = Blanco N = Indio americano o nativo de Alaska P = Nativo de Hawaii o Islaño del Pacifico (Puede seleccionar más de un código)	ETNIA H/L = Hispano/ Latino N/L = No Hispano/ Non-Latino	NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en Inglés)
<input type="checkbox"/> MONTGOMERY CARES							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> MATERNITY PARTNERSHIP							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> SENIOR DENTAL							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		MISMO					<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	

***No tiene que dar información sobre su raza o grupo étnico. No usaremos esta información para decidir si califica. Si no dice su raza, no se afectará su solicitud. El administrador de caso pondrá los códigos solo para uso estadístico. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite pedirle esta información.**

**Por favor llene por cada
 una de las personas que
 desea número de
 Seguro Social**

SECCION B. INFORMACION ADICIONAL

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Pais de nacimiento	¿Tiene seguro médico? Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Pais de nacimiento	¿Tiene seguro médico? Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Pais de nacimiento	¿Tiene seguro médico? Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Pais de nacimiento	¿Tiene seguro médico? Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador

SECCION C. INGRESOS

¿Alguien en su hogar recibe ingreso por empleo? SI No Si es así, enliste todos los ingresos brutos (de un empleo de tiempo parcial o de tiempo completo, trabajo por cuenta propia, cuidado de niños, trabajos ocasionales, pago de servicios de pensión,

NOBRE (Apellido, nombre, segundo nombre)	EMPLEADOR	TARIFA DE PAGO (HORA)	NUMERO DE HORAS TRABAJADAS	IMPORTE SEGUNDO POR PERIODO DE PAGO	FRECUENCIA CON LA QUE LO RECIBE LA = semanal BI = quincenal MO = mensual	FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	FECHA DE FINALIZACION DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	CONDICION DE ESTUDIANTE (Tiempo completo o parcial)

SECCION D. OTROS INGRESOS QUE SE RECIBEN

Enliste cualquier otro ingreso que haya recibido, tal como pensión alimenticia, mantenimiento infantil, Seguro Social, ingresos recibidos por renta de propiedades a otros y beneficios (renta, beneficios por huelga, desempleo, veteranos, compensación para trabajadores). Incluya beneficios de fuera del estado.

PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	TIPO (Para beneficios incluya # de identificación de reclamante)	IMPORTE BRUTO QUE RECIBIO	¿CUANTAS VECES AL AÑO?

SECCION E. FIRMAS

Certifico que la información que proporcioné arriba es verdadera de acuerdo a mi mejor conocimiento y le doy mi permiso al Condado de Montgomery para que contacte a quien sea necesario para verificar mis declaraciones. Lei y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades que se encuentran en este paquete de solicitud. Sé que me pueden sancionar si, a sabiendas, doy información falsa y declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi capacidad, mi creer y mi conocimiento.

Firma del solicitante y/o beneficiario Escriba en letra de molde (Nombre)

Fecha

AUTHORIZATION TO RELEASE/RECEIVE INFORMATION

Montgomery County Department of Health and Human Services



Please print all information. Use a separate form for each person or agency with which information may be shared.

Client Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth	Sex/Gender
------------------	------------	----------------	---------------	------------

The Montgomery Cares program has my permission to:

send to receive from verbally discuss the information I provide with:

The Office of Eligibility and Support Services - Montgomery County Department of Health and Human Services
1401 Rockville Pike, Rockville, MD 20852.

Items covered by this release.

Proof of age _____
Proof of income _____
Proof of identity _____
Proof you live in Montgomery County _____

Reason this information is being shared: To determine my eligibility for the Montgomery Cares program

This authorization is valid (Check only one. Not to exceed one year)
 until _____ (date)
 for 90 days until these conditions are met: _____

I understand that if I am deemed eligible for the Montgomery Cares program, I will be immediately enrolled in the program. I understand that my information will not be shared without proper written authorization.

I understand I can revoke this authorization at any time by submitting a request in writing to DHHS program staff. The revocation will become effective on the date DHHS receives it. The revocation will not apply to information that has already been used or disclosed through this authorization.

DHHS may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for services/benefits based on whether I sign this authorization, unless authorization is required to determine eligibility for services/benefits.

I understand that if the persons or organizations I authorize to receive and/or use my health information are not subject to federal or State privacy laws, this information may no longer be protected and could be disclosed.

I understand that if this authorization pertains to alcohol or other drug treatment records protected by federal regulations at 42 C.F.R. Part 2, I can orally revoke this authorization, and my records may not be redisclosed without my written consent or as permitted by the regulations.

Signature of client _____ Date _____

Signature of parent, guardian, or other authorized person _____ Date _____

If signed by other authorized person, please describe authority to act on behalf of the client (Please Print)

Signature of DHHS staff member _____ Date _____

Montgomery County Department of Health and Human Services
Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page



What is the Notice of Privacy Practices?
We are required by law to provide you with a notice of our privacy practices. Our complete *Notice of Privacy Practices* is attached. The purpose of the *Notice* is to inform you about:

- Our legal obligation to protect your information.
- How we will share your information without your written permission.
- Rights that you have related to your information.
- Who you can contact to ask questions, make a request, or file a complaint.

How will we share your information?

Our Department provides a variety of health, income support and social services. To provide these services, we must ask you for personal information that may contain health, financial and other information that identifies you. We will keep your information safe and will only share it when the law permits us or requires us to do so. We will share your information as necessary to:

- Provide you with high quality and coordinated treatment and services.
Example: Communicating information between programs to make referrals, determine eligibility or develop a care plan;
- Obtain payment for services. Example: Billing Medicaid;
- Manage our services and programs. Example: Reviewing the quality of the services you receive.

The attached *Notice* lists other reasons why we may share your information. If we need to share your information for reasons that are not listed, we will ask for your written permission. You have other rights related to your information that are listed on page 4 of the *Notice*.

Contact Information:

If you have questions about our privacy practices, want to make a request related to your information, or have a privacy concern, contact the staff person who is working with you, or our Privacy Official at 240 777- 3050. Additional contact information is provided at the end of the *Notice*.

Acknowledgement of receipt of the complete *Notice*:

Client or Authorized Representative (Sign your name) _____

Date _____

Print your name _____

Signature of DHHS representative _____
Signature of interpreter/translator if applicable _____
If unable to get acknowledgement, specify why: _____

Patient Consent for Eligibility Determination

All patients must provide some personal information to apply for Montgomery Cares or other health care program. Your information will be kept confidential and will NOT be shared with federal law enforcement agencies, it is considered confidential information. Confidential information is defined as any personal information including demographics, and work-related information (including income information).

I consent to my primary care clinic, participating in Montgomery Cares, to send my information to the DHHS Office of Eligibility and Support Services (OESS), which will use this information to determine my eligibility for Montgomery Cares and other health programs.

I understand that my information will be kept confidential and will not be shared with anyone outside of OESS.

I consent to OESS contacting me directly to convey the results of my eligibility screening.

I understand that if I am deemed eligible for the Montgomery Cares program, I will be immediately enrolled in the program.

If you do not agree to share your information, your personal information will not be sent. You can have the eligibility screening completed in person by the eligibility worker at the clinic or at OESS offices. Information will still need to be presented at the time of screening with the worker.

I have read the information (or had it read to me) on this form and have been given the opportunity to discuss any of the above items with clinic staff. By signing below, I authorize OESS personnel or contractors to verify my eligibility for Montgomery Cares and other health programs and contact me as needed. See opposite side for additional applicant rights.

Applicant Signature

Clinic Staff Signature:

Date:



Eligibility Screening Qualification Form

Date/Fecha: _____ Account Number: _____

Telephone Number /Número de teléfono: _____

Email/Correo electrónico: _____

Occupation/Trabajo: _____ Employer/Employador: _____

Country of Origin/Pais de origen: _____

Last Grade Completed/Ultimo grado que ha completado: _____

Religion/Religion: _____

Emergency Contact Person/Persona que podemos contactar en caso de emergencia

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

Telephone/Número de teléfono: _____

Por favor completar TODO el paquete/ Please complete the ENTIRE packet



Medical Record Release Form

Last Name, First Name/Apelido, Nombre: _____
Current Address/Dirección actual: _____
Social Security Number/Número de Seguro Social: _____
Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE/NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (STAFF USE ONLY)

Provider, Hospital, or Clinic Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

If release/request of records is to be sent to Mercy Health Clinic, we would appreciate a summary of diagnostic studies, laboratory reports, x-rays, and any other pertinent data.

Obtain Records From Send Records To

The release/request of records is to be sent to:

Mercy Health Clinic
7-1 Metropolitan Court, Suite 1
Gathersburg, MD 20878
Fax 240-773-0308

Patient authorizes the release of his/her medical records as provided above:

Patient Signature/Firma: _____ Date (Fecha): _____
All Mercy Health Clinic (MHC) patients must read, sign and date. Patient must receive a copy.



Formulario de Autorización para miembros de la familia/amigos

Yo, _____, fecha de nacimiento: _____, MRN#: _____

doy permiso a los proveedores de mi atención médica y servicios médicos a revelar y liberar mi información de salud protegida a:

Nombre(s): _____

Relación: _____

Salud Información a exponer (Marque todo lo que corresponda):

Mi registro completo de la salud (incluyendo, pero no limitado a los diagnósticos, pruebas de laboratorio, el pronóstico, el tratamiento y la facturación, para todas las condiciones) OR

Mi registro de salud completo, como el anterior, con la excepción de los siguientes datos

(Marque lo que corresponda):

Registros de salud mental

Las enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)

tratamiento de abuso de alcohol / drogas

Otros (Especificar _____)

Esta información médica puede ser usada para permitir a las personas que autorizo a conocer y entender mi condición y las opciones de tratamiento o de tratamiento, para el tratamiento o la consulta, para fines de pago de reclamaciones, o por razones relacionadas.

Horario que mas le conviene para citas: (marque uno)

Manana

Tarde

Noche

Resultados de exámenes: ¿Si no está disponible por teléfono podemos dejar un mensaje de voz?

No, no se puede dejar un mensaje de voz.

Yes, you can leave a voice message.

Número de teléfono: () - _____

Esta autorización será efectiva hasta que (Marque uno):

Todos pasados, presents y futuros periodos, o

Fecha o evento: _____

a menos que yo lo revoque.

(NOTA: Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, notificando a sus proveedores de atención médica, de preferencia por escrito.)

Patient Signature: _____ Date: _____

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise esto con cuidado.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP)

El personal de la Clínica Mercy, y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento, pueden usar o revelar su ISP con el propósito de proporcionarle servicios de salud. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su ISP que la clínica Mercy está autorizada a hacer:

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su ISP para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con otro proveedor. Por ejemplo, podríamos divulgar su ISP, según sea necesario, a una agencia de salud que le proporciona cuidados en su hogar. También vamos a revelar esa información a otros médicos que puedan tratarle.

Pago: Se utilizará su ISP, según sea necesario, para obtener el pago por los servicios de salud proporcionados por nosotros o por otro proveedor.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud con el fin de apoyar las actividades comerciales de la clínica. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, evaluación de calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, recaudación de fondos y de conducción o arreglo de otras actividades comerciales. Nosotros no compartiremos su ISP con terceros "socios comerciales" que realicen diversas actividades (por ejemplo, servicios de facturación o de transcripción) para nuestra práctica. Podemos usar o revelar su información de salud, según sea necesario, para proporcionarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de interés relacionados con su salud. Hemos elegido participar en el Sistema Regional de Información Chesapeake para nuestros Pacientes, Inc. (CRISP), un intercambio de información estatal en salud. Según lo permitido por la ley, su información de salud será compartida con este intercambio con el fin de proporcionar acceso más rápido, mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones mejor informadas. Usted puede optar por desactivar el acceso a su información de salud a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o llenando un formulario de CRISP que se encuentra en su página web: www.crisphealth.org.

Yo, _____, (Nombre del paciente) he leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información médica. En consecuencia, a sabiendas y voluntariamente autorizo a cualquier miembro de Mercy Health Clinic a usar o divulgar mi información médica en la forma descrita anteriormente. Entiendo y acepto que esta autorización solo se aplica en la medida en que la ley requiera tal autorización por parte de los miembros de Mercy Health Clinic para utilizar o divulgar mi información médica en la manera descrita anteriormente.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Fecha: _____

1. Entiendo que **Mercy Health Clinic (MHC)** no es un programa del gobierno o una compañía de seguros, sino que es una clínica sin fines de lucro que depende de **contribuciones y donaciones** para cubrir los costos de operación.

2. Entiendo que no seré rechazado por falta de pago, sin embargo, entiendo que la clínica pide una contribución de **\$25.00** por la primera visita y **\$15.00** por cada visita de seguimiento.

3. Entiendo que una vez que se ha programado una visita es mi responsabilidad recordar la **fecha, la hora y acudir a la cita.**

4. Entiendo que debo avisar a la clínica dentro de **las 24 horas antes para cancelar o cambiar mi** cita al teléfono 240-773-0300 o al correo electrónico o un mensaje de texto **appointments@mercyhealthclinic.org**

5. Entiendo que tendré un cobro de **\$25.00** por cada cita perdida con su doctor primario.

6. Entiendo que tendré un cobro de **\$50.00** por cada cita perdida con un especialista.

7. Entiendo que tendré un cobro de **\$15.00** por tarjeta perdida.

8. Entiendo que los siguientes factores pueden causar la terminación de mi participación en el programa:

- **No cumplir con el tratamiento indicado por el médico**
- **Mal uso del servicio**
- **Mala conducta o mala educación**

9. Entiendo que la Clínica Mercy **no es responsable** de los gastos médicos fuera de la clínica. El paciente es responsable de recibir una referencia de MHC antes de ir a cualquier otro médico fuera de la clínica.

10. Entiendo que la clínica no proporciona atención médica total, y que **la clínica esta abierta solo** de Lunes a Jueves para atención médica.

11. Entiendo que es mi responsabilidad renovar mi tarjeta de Mercy Health Clinic cada año antes de **la fecha de vencimiento**, de lo contrario no podré mantener mis citas con el médico.

12. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Mercy Health Clinic de cualquier cambio de **ingresos, dirección o teléfono.**

Nombre del paciente: _____ Firma: _____

Persona Autorizada: _____ Firma: _____
Se le entregó una copia al paciente.