

**CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT
INFORMATION/FINANCIAL FORM**

Date of Birth:	Sex: M F	Name (Last, First, Middle):	Your Maiden Name:
Mailing Address:		City:	State: Zip Code:
Phone Number(s) at which you can be contacted:		Social Security Number:	What is your preferred language? 1. English 2. Other _____
Place of Employment: _____ Work Phone Number: _____			Marital Status <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Other
Race (circle all that apply): 1. White 2. Black/Afr. Amer. 3. American Indian 4. Alaskan Native 5. Asian 8. Native Hawaiian / Pac. Islander			Ethnicity (circle one): 1. Hispanic 2. Non-Hispanic

Please select **at least 2 ways** we may contact you for test results, visit follow-up, billing, etc?

May we contact you by **mail**? Yes No

What other ways may we contact you? Phone Text – (Please include cell phone provider): _____

E-Mail: _____

Are you currently a student? Yes ___ No ___ Name of School _____ City _____

Will you be attending school in the fall? Yes ___ No ___ Name of School _____ City _____

Number of Credits _____

In case of an EMERGENCY whom should we contact? Name: _____ Phone _____

Address _____ Relationship to you _____

If you would like to be considered for Title X funds, to slide your services based on your income, this section must be completed.

YOUR INCOME: Please include gross earnings (before any deductions)

Hourly Rate _____ x Hours/week _____ **OR** Monthly Salary _____

Food Stamps _____ Commissions _____ Alimony _____ Military Benefits _____

Overtime _____ Public Assistance _____ Child Support _____ Rental Income _____

Tips _____ Bonuses _____ Unemployment _____ Workman's Comp. _____

Help from relatives/non-relatives _____ Social Security Benefits _____ Other Income Sources _____

INCOME of SPOUSE/LIVE-IN PARTNER / Children >18 y.o. at home and/or Parents / Family Members if living with you:

Hourly Rate _____ x Hours/week _____ **OR** Monthly Salary _____

Food Stamps _____ Commissions _____ Alimony _____ Military Benefits _____

Overtime _____ Public Assistance _____ Child Support _____ Rental Income _____

Tips _____ Bonuses _____ Unemployment _____ Workman's Comp. _____

Help from relatives/non-relatives _____ Social Security Benefits _____ Other Income Sources _____

of people supported by the income listed above? _____

How many children are under the age of 19? _____ Total Household Gross Income

If you have no income, how do you support yourself?

Additional Demographics

Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	--

Insurance Information

Do you have **Medicaid**? Yes No Medicaid # _____ Do you have **Medicare**? Yes No

Do you have **Health Insurance**? Yes No

Do you have **BSU Insurance**? Yes No Do you have **Women's Health Check Ins.?** Yes No

If you have health coverage, please present your card to the receptionist.

I verify that I have answered these questions with accurate information. Furthermore, I agree to pay full fee for services if any of the information I provide is found to be false.

SIGNATURE _____ DATE _____

CDHD FORMULARIO PARA INFORMACION FINANCIERA

Fecha de Nacimiento:	Sexo: M F	Nombre (Apellido, primer nombre, segundo nombre):	Apellido de soltera de cliente:
Dirección Domiciliaria:		Ciudad:	Estado:
Número de Teléfono:		Número de Seguro Social:	¿Qué idioma prefiere? 1. Inglés 2. Otro
Lugar de empleo: _____ Teléfono de empleo: _____		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro	
Raza (marque todo lo que aplique) 1. Blanco 2. Negro/Africano Americano 3. Indio Americano 4. Nativo de Alaska 5. Asiático 8. Hawaiano ó de las Islas del Pacífico			
Por favor seleccione un mínimo de dos (2) métodos de localizarse para cobros, resultados de pruebas, etc. ¿Le podemos contactar por correo ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Le podemos contactar por teléfono ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De que otras maneras podemos contactar? <input type="checkbox"/> Por Texto – Nombre de proveedor celular (liste por favor) _____ <input type="checkbox"/> Por Correo electrónico _____			Etnografía (marque uno): 1. Hispano 2. No-Hispano
¿Es usted actualmente un estudiante? Sí ___ No ___ Nombre de escuela _____ Ciudad _____ ¿Estará asistiendo usted la escuela en el otoño? Sí ___ No ___ Nombre de escuela _____ Ciudad _____ Número de créditos _____			
¿En caso de EMERGENCIA a quien podemos localizar? Nombre: _____ Teléfono _____ Dirección _____ Relación a usted _____			
Si usted quiere ser considerado para fondos de Título X, para su servicio se basa a su ingreso, necesita llenar esta sección.			

SU INGRESO: Por favor indique las ganancias totales (Antes de las deducciones)

Pago por hora _____ Horas por semana _____ **O** Salario Mensual _____
 Estampillas de comida _____ Comisiones _____ Sustento _____ Beneficios Militares _____
 Sobretiempo _____ Asistencia Pública _____ Sostenimiento de niños _____ Ingreso por Renta de Bienes Raíces _____
 Propinas _____ Bonos _____ Desempleo _____ Compensación de Trabajo _____
 Ayuda de parientes ó amigos _____ Beneficios de Seguro Social _____ Otros Ingresos Adicionales _____

INGRESO DE SU ESPOSO(A)/COMPAÑERO(A)/ que viven en casa:

Pago por hora _____ Horas por semana _____ **O** Salario Mensual _____
 Estampillas de comida _____ Comisiones _____ Sustento _____ Beneficios Militares _____
 Sobretiempo _____ Asistencia Pública _____ Sostenimiento de niños _____ Ingreso por Renta de Bienes Raíces _____
 Propinas _____ Bonos _____ Desempleo _____ Compensación de Trabajo _____
 Ayuda de parientes ó amigos _____ Beneficios de Seguro Social _____ Otros Ingresos Adicionales _____

¿Cuántas personas son mantenidas con el ingreso arriba mencionado? _____ ¿Cuántos son menores de 19 años? _____

Ganancias totales de la casa

Sí usted no tiene ingresos, ¿Cómo se mantiene? _____

Demográficos Adicionales

¿Es un ciudadano de EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita usted un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Información sobre Seguro Médico

¿Tiene usted **Medicaid**? Sí _____ No _____ Número de Medicaid: _____
 ¿Tiene una tarjeta de **Seguro Médico**? Sí _____ No _____ ¿Tiene usted **Medicare**? Sí _____ No _____
 ¿Tiene una tarjeta de **Seguro de BSU**? Sí _____ No _____ ¿Tiene usted Chequeo de la **Salud Para Mujeres**? Sí _____ No _____
 Si sí, por favor da la tarjeta de seguridad a la recepcionista para copiarla.

Doy constancia de que he contestado éstas preguntas con información exacta. Además acepto pagar la suma total de los honorarios por los servicios, si cualquiera de la información proporcionada es falsa.

Firma _____ Fecha _____