

MẪU ĐƠN ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

ĐỊA ĐIỂM: RIVERSIDE SAFE HARBOR PEARL STREET SOUTH END CHAMPLAIN ISLANDS GOOD HEALTH WINOOSKI ESSEX

CHC là Trung tâm Y tế đạt Tiêu chuẩn Liên bang nên cần phải thu thập các thông tin sau theo yêu cầu của chính quyền liên bang. **Xin lưu ý rằng tất cả các câu trả lời đều được bảo mật.**

THÔNG TIN NHÂN KHẨU HỌC CỦA BỆNH NHÂN (VUI LÒNG ĐIỀN TOÀN BỘ BIỂU MẪU BẰNG BÚT MỰC ĐEN HOẶC XANH)							
HỌ	TÊN	TÊN LỚT	TÊN THƯỜNG GỌI (NẾU CÓ)				
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP				
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ Ở TRÊN)							
SỐ AN SINH XÃ HỘI		NGÀY SINH	DANH XƯNG				
ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG		ĐIỆN THOẠI CƠ QUAN	ĐIỆN THOẠI NHÀ				
ĐỊA CHỈ EMAIL			PHƯƠNG PHÁP LIÊN LẠC ƯU TIÊN <input type="checkbox"/> ĐIỆN THOẠI <input type="checkbox"/> TIN NHẮN <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> CÔNG THÔNG TIN BỆNH NHÂN				
GIỚI TÍNH HỢP PHÁP <input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM	GIỚI TÍNH HIỆN TẠI <input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM	BẢN DẠNG GIỚI <input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NAM CHUYỂN GIỚI (NỮ THÀNH NAM) <input type="checkbox"/> NỮ CHUYỂN GIỚI (NAM THÀNH NỮ) <input type="checkbox"/> KHÔNG GIỚI TÍNH <input type="checkbox"/> KHÁC <input type="checkbox"/> CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ		XU HƯỚNG TÌNH DỤC <input type="checkbox"/> BÌNH THƯỜNG HOẶC DỊ TÍNH <input type="checkbox"/> ĐỒNG TÍNH NỮ, ĐỒNG TÍNH NAM HOẶC ĐỒNG TÍNH <input type="checkbox"/> LƯỠNG TÍNH <input type="checkbox"/> KHÁC <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT <input type="checkbox"/> CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ			
NGÔN NGỮ CHÍNH		QUÝ VỊ CÓ CẦN DỊCH VỤ THÔNG DỊCH VIÊN HAY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG					
TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN <input type="checkbox"/> ĐỘC THÂN <input type="checkbox"/> LY THÂN <input type="checkbox"/> ĐÃ KẾT HÔN <input type="checkbox"/> GÓA <input type="checkbox"/> ĐÃ LY DỊ <input type="checkbox"/> SỐNG CHUNG		QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CỰU CHIẾN BINH HOA KỲ KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CÔNG NHÂN NÔNG NGHIỆP KHÔNG? <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> NGƯỜI NHẬP CƯ <input type="checkbox"/> NGƯỜI LÀM THỜI VỤ			
TÌNH TRẠNG NHÀ Ở QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ NGƯỜI VÔ GIA CƯ KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG NẾU VÔ GIA CƯ THÌ QUÝ VỊ CÓ: <input type="checkbox"/> Ở GHÉP (SỐNG CHUNG VỚI NGƯỜI KHÁC) <input type="checkbox"/> NHÀ TRÚ ẨN <input type="checkbox"/> TRÊN PHỐ <input type="checkbox"/> NHÀ TRUNG CHUYÊN <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT							
CHUNG TỘC (VUI LÒNG CHỌN TẤT CẢ CÁC MỤC THÍCH HỢP)							
NGƯỜI GỐC Á		NGƯỜI HAWAII BẢN XỨ HOẶC ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG		NGƯỜI DA ĐEN HOẶC MỸ GỐC PHI			
NGƯỜI MỸ DA ĐỎ HOẶC BẢN XỨ ALASKA		NGƯỜI DA TRẮNG		CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ			
<input type="checkbox"/> NGƯỜI HOA <input type="checkbox"/> NGƯỜI VIỆT <input type="checkbox"/> NGƯỜI ẤN ĐỘ <input type="checkbox"/> NGƯỜI HÀN <input type="checkbox"/> NGƯỜI PHILIPPINES <input type="checkbox"/> NGƯỜI NHẬT <input type="checkbox"/> NGƯỜI CHÂU Á KHÁC		<input type="checkbox"/> NGƯỜI HAWAII BẢN XỨ <input type="checkbox"/> NGƯỜI ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG KHÁC <input type="checkbox"/> NGƯỜI GUAMA HOẶC CHAMORRO <input type="checkbox"/> NGƯỜI SAMOA		<input type="checkbox"/> NGƯỜI DA ĐEN HOẶC MỸ GỐC PHI <input type="checkbox"/> NGƯỜI MỸ DA ĐỎ HOẶC BẢN XỨ ALASKA <input type="checkbox"/> NGƯỜI DA TRẮNG		<input type="checkbox"/> CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ	
SẮC TỘC							
NGƯỜI HISPANIC, LATINH HOẶC GỐC TÂY BAN NHA			KHÔNG PHẢI NGƯỜI HISPANIC, LATINH HOẶC GỐC TÂY BAN NHA		CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ		
<input type="checkbox"/> NGƯỜI MEXICO <input type="checkbox"/> NGƯỜI MỸ GỐC MEXICO <input type="checkbox"/> NGƯỜI CHICANO <input type="checkbox"/> NGƯỜI PUERTO RICO <input type="checkbox"/> NGƯỜI CU-BA <input type="checkbox"/> NGƯỜI HISPANIC, LATINH HOẶC GỐC TÂY BAN NHA <input type="checkbox"/> NGƯỜI HISPANIC, LATINH HOẶC GỐC TÂY BAN NHA KHÁC			<input type="checkbox"/> KHÔNG PHẢI NGƯỜI HISPANIC, LATINH HOẶC GỐC TÂY BAN NHA		<input type="checkbox"/> CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ		

Tên Bệnh nhân:

Ngày Sinh:

THÔNG TIN VỀ TÀI CHÍNH: HÃY KHOANH TRÒN QUY MÔ GIA ĐÌNH VÀ MỨC THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH TƯƠNG ỨNG Ở BẢNG SAU. TẤT CẢ CÁC CÂU TRẢ LỜI ĐỀU ĐƯỢC BẢO MẬT.

QUY ĐỊNH VỀ MỨC NGHÈO CỦA LIÊN BANG NĂM 2024				
QUY MÔ GIA ĐÌNH	0-100% MỨC NGHÈO CỦA LIÊN BANG	101-150% MỨC NGHÈO CỦA LIÊN BANG	151-200% MỨC NGHÈO CỦA LIÊN BANG	TRÊN 200% MỨC NGHÈO CỦA LIÊN BANG
MỨC THU NHẬP HÀNG NĂM THEO QUY MÔ GIA ĐÌNH				
1	\$0 ĐẾN \$15.060	\$15.061 ĐẾN \$22.590	\$22.591 ĐẾN \$30.120	\$30.121 TRỞ LÊN
2	\$0 ĐẾN \$20.440	\$20.441 ĐẾN \$30.6060	\$30.661 ĐẾN \$40.880	\$40.881 TRỞ LÊN
3	\$0 ĐẾN \$25.820	\$25.821 ĐẾN \$38.730	\$38.731 ĐẾN \$51.640	\$51.641 TRỞ LÊN
4	\$0 ĐẾN \$31.200	\$31.201 ĐẾN \$46.800	\$46.801 ĐẾN \$62.400	\$62.401 TRỞ LÊN
5	\$0 ĐẾN \$36.580	\$36.581 ĐẾN \$54.870	\$54.871 ĐẾN \$73.160	\$73.161 TRỞ LÊN
6	\$0 ĐẾN \$41.960	\$41.961 ĐẾN \$62.940	\$62.941 ĐẾN \$83.920	\$83.921 TRỞ LÊN
7	\$0 ĐẾN \$47.340	\$47.341 ĐẾN \$71.010	\$71.011 ĐẾN \$94.680	\$94.681 TRỞ LÊN
8	\$0 ĐẾN \$52.720	\$52.721 ĐẾN \$79.080	\$79.081 ĐẾN \$105.440	\$105.441 TRỞ LÊN
9	\$0 ĐẾN \$58.100	\$58.101 ĐẾN \$87.150	\$87.151 ĐẾN \$116.200	\$116.201 TRỞ LÊN
10	\$0 ĐẾN \$63.480	\$63.481 ĐẾN \$95.220	\$95.221 ĐẾN \$126.960	\$126.961 TRỞ LÊN
*	<i>*CỘNG THÊM \$5.380 VỚI MỖI THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG.</i>	<i>*CỘNG THÊM \$8.070 VỚI MỖI THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG.</i>	<i>*CỘNG THÊM \$10.760 VỚI MỖI THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG.</i>	

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM NHA KHOA

- Tôi hiện không có bảo hiểm nha khoa.
- Tôi hiện KHÔNG có bảo hiểm nha khoa.
- Tôi muốn nộp đơn xin tham gia chương trình giảm giá theo thang dịch vụ (sliding-fee scale).

TÊN BẢO HIỂM NHA KHOA:
SỐ ID/SỐ HỢP ĐỒNG:
TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM:

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM NHA KHOA THỨ HAI:
TÊN BẢO HIỂM NHA KHOA:
SỐ ID/SỐ HỢP ĐỒNG:
TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM:

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM Y TẾ

- Tôi hiện có bảo hiểm y tế.
- Tôi hiện KHÔNG có bảo hiểm y tế.
- Tôi muốn nộp đơn xin tham gia chương trình giảm giá theo thang dịch vụ (sliding-fee scale).

TÊN BẢO HIỂM Y TẾ:
SỐ ID/SỐ HỢP ĐỒNG:
TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM:

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM Y TẾ THỨ HAI:
TÊN BẢO HIỂM Y TẾ:
SỐ ID/SỐ HỢP ĐỒNG:
TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM:

TIỆM THUỐC TÂY ƯU TIÊN

TÊN TIỆM THUỐC TÂY **VỊ TRÍ TIỆM THUỐC TÂY**

THÔNG TIN LIÊN LẠC KHẨN CẤP

TÊN **MỐI QUAN HỆ** **SỐ ĐIỆN THOẠI**

THÔNG TIN BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM (BỆNH NHÂN DƯỚI 18 TUỔI PHẢI CÓ BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM)

- CHA MẸ GIÁM HỘ**
- NGƯỜI GIÁM HỘ** (BẰNG CHỨNG VỀ TÌNH TRẠNG PHÁP LÝ BẮT BUỘC ĐỂ ĐIỀU TRỊ TẠI CHC)

HỌ **TÊN** **TÊN LỚT** **TÊN THƯỜNG GỌI (NẾU CÓ)**

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ **THÀNH PHỐ** **TIỂU BANG** **MÃ ZIP**

NGÀY SINH **SỐ ĐIỆN THOẠI**

Chấp thuận cho Điều trị và Tiết lộ Thông tin Sức khỏe

I. Chấp thuận cho Điều trị

Bằng mẫu đơn này, tôi chấp thuận cho phép các Trung tâm Sức khỏe Cộng đồng (CHC) điều trị cho tôi hoặc bệnh nhân có tên (người mà tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp có quyền chấp thuận điều trị cho bệnh nhân có tên). Điều trị có thể bao gồm sàng lọc sức khỏe, chẩn đoán, điều trị y tế, chăm sóc nha khoa, dịch vụ xã hội; sàng lọc đánh giá, chẩn đoán và điều trị sức khỏe tâm thần hoặc nghiện rượu và ma túy và các dịch vụ tâm thần.

II. Chấp thuận cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe:

Tôi chấp thuận cho phép CHC sử dụng trong nội bộ và tiết lộ cho những người hoặc tổ chức ngoài CHC hồ sơ y tế, nha khoa, điều trị nghiện rượu và ma túy, sức khỏe tâm thần, điều trị tâm thần, điều trị khác và hồ sơ sức khỏe ("thông tin sức khỏe") của tôi (hoặc của bệnh nhân có tên mà tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp) cho những mục đích sau:

A. Cho phép CHC sử dụng thông tin sức khỏe để tiến hành điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe:

- Cung cấp điều trị do nhân viên CHC thực hiện.
- Tiến hành các hoạt động chăm sóc sức khỏe, bao gồm kiểm toán và/hoặc huấn luyện bảo đảm chất lượng hoặc tài chính.
- Xuất hoá đơn trực tiếp cho công ty bảo hiểm của quý vị
- Thanh toán cho các dịch vụ mà CHC cung cấp. CHC được phép nhận thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và có thể cung cấp hồ sơ sức khỏe cho các công ty bảo hiểm, các công ty bồi thường tai nạn lao động hoặc các cơ quan khác thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc các thông tin bảo hiểm cập nhật khác mà CHC lưu trữ.

B. Tiết lộ thông tin sức khỏe cho những người hoặc tổ chức ngoài CHC cho các mục đích điều trị:

- CHC được phép cung cấp tất cả thông tin sức khỏe cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác hoặc các cơ quan tham gia chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Bao gồm cả các hồ sơ y tế trong quá khứ từ các tổ chức bên ngoài. (Bản tiết lộ Thông tin Cá nhân phải được gửi cho tất cả gia đình, bạn bè hoặc những người khác mà quý vị muốn truy cập vào thông tin Hồ sơ Y tế của mình.)

III. Chuyển nhượng Quyền lợi

Tôi ủy quyền cho CHC lập hóa đơn và nhận thanh toán trực tiếp từ Medicaid /Medicare hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm nào khác cho các dịch vụ đã cung cấp cho tôi.

Bằng phương tiện này, tôi chuyển nhượng cho CHC tất cả các khoản thanh toán từ Medicaid, Medicare hoặc bất kỳ hợp đồng bảo hiểm sức khỏe nào cho việc chăm sóc sức khỏe mà CHC đã cung cấp cho tôi.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm với mọi khoản nợ chưa thanh toán do CHC chăm sóc sức khỏe cho tôi.

Với sự hiểu biết tốt nhất của mình, tôi hiểu rằng thông tin nhân khẩu học mà tôi đã cung cấp là đúng và trung thực.

Bản sao tài liệu dự kiến thanh toán của CHC sẽ được cung cấp cho quý vị theo yêu cầu.

IV. Kết thúc và những hạn chế của mẫu chấp thuận này:

- A. Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bản chấp thuận này bất cứ lúc nào bằng cách nộp văn bản yêu cầu, nhưng việc hủy chấp thuận này sẽ không ảnh hưởng đến mọi hành động mà CHC đã thực hiện theo chấp thuận này trước khi tôi hủy bỏ. Nếu không bị hủy trước hạn, thì chấp thuận này sẽ chấm dứt vào ngày: _____.
Nếu ngày, sự kiện hoặc điều kiện không được nêu rõ, thì chấp thuận này sẽ kết thúc sau ba năm kể từ ngày cuối cùng tôi nhận dịch vụ.
- B. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho các mục đích được mô tả trong chấp thuận này và CHC có thể đồng ý hoặc không đồng ý với yêu cầu này. Tôi cũng hiểu rằng ngoại trừ những hạn chế nói trên về việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe mà CHC đồng ý, CHC sẽ không thể cung cấp dịch vụ cho tôi (hoặc bệnh nhân có tên) mà không có chấp thuận đã ký tên này.
- C. Tôi đã đọc Chấp thuận Điều trị và Chấp thuận cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe này, đồng thời tôi hiểu và đồng ý với nội dung trong đó.

Tôi xác nhận là đã được cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ trước khi tôi ký vào mẫu Chấp thuận Điều trị và Chấp thuận cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe này.

Bằng văn bản này, tôi xác nhận rằng tôi đã được cung cấp một bản sao Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư và hiểu rằng CHC sẽ sử dụng thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi theo luật về quyền riêng tư.

Tên Bệnh nhân: _____ Ngày Sinh: _____
 Chữ ký của Bệnh nhân: _____ Ngày: _____
 Cha mẹ/Người giám hộ: _____
 Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ: _____ Ngày: _____

BẮT BUỘC



DATE REC/ENTERED:
STAFF INITIALS:

PATIENT REGISTRATION FORM

LOCATION: RIVERSIDE SAFE HARBOR PEARL STREET SOUTH END CHAMPLAIN ISLANDS GOOD HEALTH WINOOSKI ESSEX

As a Federally Qualified Health Center, CHC is required by the federal government to collect the following information. **Please note that all responses are confidential.**

PATIENT DEMOGRAPHICS (PLEASE FILL OUT ENTIRE FORM IN BLACK OR BLUE PEN ONLY)						
LAST NAME		FIRST NAME		MIDDLE INITIAL	CHOSEN NAME (IF ANY)	
STREET ADDRESS		CITY		STATE	ZIP CODE	
MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT THAN PHYSICAL ADDRESS)						
SOCIAL SECURITY NUMBER			DATE OF BIRTH		PRONOUNS	
CELL PHONE			WORK PHONE		HOME PHONE	
EMAIL ADDRESS				PREFERRED CONTACT METHOD		
				<input type="checkbox"/> PHONE <input type="checkbox"/> TEXT <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> PATIENT PORTAL		
LEGAL SEX <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	CURRENT GENDER <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	GENDER IDENTITY <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> TRANSGENDER MALE (FEMALE-TO-MALE) <input type="checkbox"/> TRANSGENDER FEMALE (MALE-TO-FEMALE) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE			SEXUAL ORIENTATION <input type="checkbox"/> STRAIGHT OR HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIAN, GAY, OR HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> SOMETHING ELSE <input type="checkbox"/> DON'T KNOW <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE	
PRIMARY LANGUAGE			DO YOU NEED INTERPRETER SERVICES?			
			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> SEPERATED <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> WIDOWED <input type="checkbox"/> DIVORCED <input type="checkbox"/> CIVIL UNION		ARE YOU A U.S. VETERAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		ARE YOU AN AGRICULTURAL WORKER? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MIGRANT <input type="checkbox"/> SEASONAL		
HOUSING STATUS ARE YOU HOMELESS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF HOMELESS, ARE YOU: <input type="checkbox"/> DOUBLING UP (LIVING WITH OTHERS) <input type="checkbox"/> SHELTER <input type="checkbox"/> STREET <input type="checkbox"/> TRANSITIONAL <input type="checkbox"/> UNKNOWN						
RACE (SELECT ALL THAT APPLY)						
ASIAN	NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER	BLACK OR AFRICAN AMERICAN	AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE	WHITE	CHOOSE NOT TO DISCLOSE	
<input type="checkbox"/> CHINESE <input type="checkbox"/> VIETNAMESE <input type="checkbox"/> ASIAN INDIAN <input type="checkbox"/> KOREAN <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> JAPANESE <input type="checkbox"/> OTHER ASIAN	<input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN <input type="checkbox"/> OTHER PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> GUAMANIAN OR CHAMORRO <input type="checkbox"/> SAMOAN	<input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN	<input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE	<input type="checkbox"/> WHITE	<input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE	
ETHNICITY						
HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN		NOT HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN		CHOOSE NOT TO DISCLOSE		
<input type="checkbox"/> MEXICAN <input type="checkbox"/> MEXICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> PUERTO RICAN <input type="checkbox"/> CUBAN <input type="checkbox"/> HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN <input type="checkbox"/> ANOTHER HISPANIC, LATINO/A, AND SPANISH ORIGIN		<input type="checkbox"/> NOT HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN		<input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE		

Patient Name:

Date of Birth:

FINANCIAL INFORMATION: PLEASE CIRCLE THE APPROPRIATE FAMILY SIZE AND CORRESPONDING HOUSEHOLD INCOME RANGE ON THE TABLE BELOW. ALL RESPONSES ARE CONFIDENTIAL.

2024 FEDERAL POVERTY GUIDELINES				
FAMILY SIZE	0-100% FEDERAL POVERTY LEVEL	101-150% FEDERAL POVERTY LEVEL	151-200% FEDERAL POVERTY LEVEL	OVER 200% FEDERAL POVERTY LEVEL
HOUSEHOLD ANNUAL INCOME RANGE BASED ON FAMILY SIZE				
1	\$0 TO \$15,060	\$15,061 TO \$22,590	\$22,591 TO \$30,120	\$30,121 & OVER
2	\$0 TO \$20,440	\$20,441 TO \$30,6060	\$30,661 TO \$40,880	\$40,881 & OVER
3	\$0 TO \$25,820	\$25,821 TO \$38,730	\$38,731 TO \$51,640	\$51,641 & OVER
4	\$0 TO \$31,200	\$31,201 TO \$46,800	\$46,801 TO \$62,400	\$62,401 & OVER
5	\$0 TO \$36,580	\$36,581 TO \$54,870	\$54,871 TO \$73,160	\$73,161 & OVER
6	\$0 TO \$41,960	\$41,961 TO \$62,940	\$62,941 TO \$83,920	\$83,921 & OVER
7	\$0 TO \$47,340	\$47,341 TO \$71,010	\$71,011 TO \$94,680	\$94,681 & OVER
8	\$0 TO \$52,720	\$52,721 TO \$79,080	\$79,081 TO \$105,440	\$105,441 & OVER
9	\$0 TO \$58,100	\$58,101 TO \$87,150	\$87,151 TO \$116,200	\$116,201 & OVER
10	\$0 TO \$63,480	\$63,481 TO \$95,220	\$95,221 TO \$126,960	\$126,961 & OVER
*	<i>*ADD \$5,380 PER EACH ADDITIONAL FAMILY MEMBER.</i>	<i>*ADD \$8,070 PER EACH ADDITIONAL FAMILY MEMBER.</i>	<i>*ADD \$10,760 PER EACH ADDITIONAL FAMILY MEMBER</i>	

DENTAL INSURANCE INFORMATION

- I currently have dental insurance.
- I currently DO NOT have dental insurance.
- I would like to apply for the sliding-fee scale.

DENTAL INSURANCE NAME:
POLICY/ID NUMBER:
POLICY HOLDER NAME:

SECONDARY DENTAL INSURANCE INFORMATION:
DENTAL INSURANCE NAME:
POLICY/ID NUMBER:
POLICY HOLDER NAME:

MEDICAL INSURANCE INFORMATION

- I currently have medical insurance.
- I currently DO NOT have medical insurance.
- I would like to apply for the sliding-fee scale.

MEDICAL INSURANCE NAME:
POLICY/ID NUMBER:
POLICY HOLDER NAME:

SECONDARY MEDICAL INSURANCE INFORMATION:
MEDICAL INSURANCE NAME:
POLICY/ID NUMBER:
POLICY HOLDER NAME:

PREFERRED PHARMACY

PHARMACY NAME **PHARMACY LOCATION**

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

NAME **RELATIONSHIP** **PHONE NUMBER**

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (ANY PATIENT UNDER 18 YEARS OLD MUST HAVE A RESPONSIBLE PARTY)

- CUSTODIAL PARENT
- GUARDIAN (PROOF OF LEGAL STATUS REQUIRED FOR TREATMENT AT CHC)

LAST NAME **FIRST NAME** **MIDDLE INITIAL** **CHOSEN NAME (IF ANY)**

STREET ADDRESS **CITY** **STATE** **ZIP CODE**

DATE OF BIRTH **PHONE NUMBER**



- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

Consent for Treatment and Consent to Release Health Information

I. Consent for Treatment

I hereby give my consent for treatment for myself, or the named patient (of whom I am the parent or legal guardian who has the right to consent to treatment for the named patient) to the Community Health Centers (CHC). Treatment may include health screening, diagnosis, medical treatment, dental care, social services, mental health or drug and alcohol screening, assessment, diagnosis and treatment, and psychiatry services.

II. Consent to release health information:

I consent to the use within CHC and the disclosure to persons or organizations outside of CHC of my (or of the named patient for whom I am the parent or legal guardian) medical, dental, drug and alcohol, mental health, psychiatry and other treatment and health records ("health information") by CHC for the following purposes:

A. Use of health information by or for CHC for treatment, payment, and health care operations:

- Providing treatment by CHC staff.
- Conducting health care operations, including financial or quality assurance audits and/ or training.
- Bill your insurance company directly
- Payment for services provided by CHC. CHC is authorized to obtain payment for health care services and can provide health records to insurance companies, workers compensation insurers or other agencies that pay for health services, or other updated insurance information on file with CHC.

B. Disclosure of health information to persons or organizations outside of CHC for treatment purposes:

- CHC is authorized to provide all health information to other health providers or agencies who participate in your care. This includes past medical records from outside organizations. (An Individual release of information must be submitted for all family, friends, or other persons that you wish to access your Medical Record information.)

III. Assignment of Benefits

I authorize CHC to bill and receive payment directly from Medicaid /Medicare or any other insurance carrier for services provided to me.

I hereby assign to CHC all payments from Medicaid, Medicare, or any health insurance policy for health care, rendered to me by CHC.

I understand I am responsible for any unpaid balances incurred because of my care at CHC.

I understand that, to the best of my knowledge, the demographic information I have provided is true and correct.

A copy of the CHC payment expectations is available at your request.

IV. Termination and restrictions of this consent:

- A. I understand that I have the right to cancel this consent at any time in writing, cancelling this consent will not affect any actions taken by CHC in reliance of this consent before it was cancelled. If not previously cancelled, this consent will end on the following date: _____ . If none is indicated, this consent will end three years after the last date of services to me.
- B. I understand that I may request restrictions on the use or disclosure of my health information for the purposes described in this consent and that CHC may or may not agree to the request. I also understand that except for those restrictions on use or disclosure of health information to which it agrees, CHC will not be able to provide services to you (or the named patient) without this signed consent.
- C. I have read this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information, and I understand and knowingly consent to its content.

I confirm that language access services were provided to me before I signed this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information form.

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices and understand CHC will use my protected health information in accordance with privacy law.

REQUIRED

Name of Patient: _____ Date of Birth _____
 Patient Signature: _____ Date: _____
 Parent/Guardian: _____
 Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____