

Use letra de molde

Fecha: _____ Nombre: _____
 Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social o PIN: _____ Teléfono: _____

Persona a quien podemos llamar en caso de emergencia: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

¿Tiene un guardián? _____ Nombre y número de teléfono: _____

Sexo	Estado Civil	Raza/Grupo Étnico	Estatus Legal
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Ciudadano
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Residente Legal
	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Oriental	<input type="checkbox"/> Ilegal
	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Pendiente
	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Indio americano	
		<input type="checkbox"/> Otro	

Elegibilidad

¿Está trabajando actualmente? _____ Nombre y teléfono del empleador: _____

¿Reside en el condado de Catawba? Sí No ¿Hace cuánto tiempo? _____ Años _____ Meses

¿Es veterano? Sí No

¿Tiene uno de los siguientes? Medicaid Medicare Beneficios de Veteranos Seguro privado

¿Cuántas personas residen en su hogar? _____

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Fuente de ingresos

Ingresos mensuales	Suyos	Otros
Sueldo		
Sustento de niños/Pensión alimenticia		
Seguro Social		
Incapacidad		
Retiro		
Desempleo		
Cupones para alimentos		
Compensación		
Beneficios para veteranos		
Trabajo por cuenta propia		
Otros ingresos		

Información Sobre Gastos Mensuales

	\$	Utilidades:	\$
Hipoteca/Renta		Electricidad	
Renta de solar		Agua	
Pagos automóvil		Gasolina/Transportación	
Seguro casa/del auto/médico		Petróleo/Queroseno	
Gastos médicos		Cable	
Medicinas		Teléfono	
Artículos del hogar		Alimentos	
Cuido de niños		Lavandería	
Tarjetas de crédito		Otros gastos:	
Préstamos:			

Autorización de Obtener y Dar Información

Como cliente del Ministerio Cooperativo Cristiano/MACC, concedo el permiso para lo siguiente:

- Para dar la información (que incluye, pero no limitado a: nombre, diagnosis e información financiera) a las compañías de fabricación farmacéuticas en un esfuerzo de recibir medicamentos a mi favor.
- Para dar la información necesaria vía teléfono/C.R.I.S. website (red) MACC a otros proveedores o agencias en un esfuerzo de proporcionar servicios a mi favor.
- Entiendo que los expedientes médicos no serán copiados, dados, ni recuperados sin mi permiso.
- Entiendo que tengo el derecho de rechazar el permiso de dar información, pero al hacer esto; entiendo que esto puede también limitar los servicios disponibles para mí.
- ▶ Yo doy permiso para que el departamento de seguro sociales dé mi información de ingresos y los de la casa a GHCCM.

Firma del cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Interviewer's signature: _____ Date: ____/____/____

Autorización de Poder Limitado Para El Programa de Ayuda al Paciente

Como paciente de la clínica y de la farmacia del Ministerio Cooperativo Cristiano, usted probablemente está recibiendo algunos de sus medicamentos con el programa de ayuda al paciente de las compañías farmacéuticas. Los fabricantes de los medicamentos tienen el derecho de examinar el expediente de los pacientes segun sea requerido por las reglas del programa. La forma que enviamos requiere la firma del paciente. Si usted está de acuerdo en permitir que CCM firme estas formas en su favor, llene y firme la información de abajo.

Yo _____, le doy permiso al Ministerio Cooperativo Cristiano obtener medicamentos de las compañías farmacéuticas del programa de ayuda al paciente.

Firma

_____/_____/_____
Fecha

Interviewer's signature

_____/_____/_____
date

Renuncia General del Cliente del Ministerio Cooperativo Cristiano

- Como cliente del Ministerio Cooperativo Cristiano (CCM), reconozco, entiendo, y acepto la información y pautas siguientes.
- CCM es una organización privada no lucrativa y no recibe dinero del condado, estado, o federal para apoyar nuestros programas.
- CCM hará lo posible siempre y cuando podamos ayudar (mientras su elegibilidad esté al día). No se le garantiza nada a los clientes ni tienen derecho a ningún servicio específico.
- Entiendo que la mayoría de mi cuidado es proporcionado por el trabajo de voluntarios; y que es proporcionado por orden de llegada. Por lo tanto renuncio a mis derechos en caso de negligencia.
- Entiendo que CCM ocasionalmente no podrá proveer un servicio recomendado y será mi responsabilidad obtener el servicio necesario.
- Entiendo que cualquier gasto para servicios dados fuera de CCM serán mi responsabilidad.
- Acepto la responsabilidad del hecho de que no todas las medicinas (como las muestras) están empacadas en envases de seguridad para los niños y que los guardaré fuera del alcance de niños pequeños.
- Entiendo que es mi responsabilidad mantener a CCM informado de cualquier cambio en mi dirección, número de teléfono, ingresos económicos, gastos, y que toda la información sea correcta y que podrán interrumpir mis servicios si no son correctas.
- Entiendo que CCM tiene una política de "NINGUNA TOLERANCIA" hacia comportamiento abusivo y lenguaje vulgar. Entiendo que mis servicios pueden ser terminados si cualquiera de estas actividades se lleva a cabo en la propiedad de CCM.

Iniciales: _____ Fecha: ___/___/___ Interviewers Initials: _____ Date: ___/___/___