

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DE VENUS
FICHA VOLUNTARIA DE DATOS E INGRESOS ECONOMICOS

Toda la información de los registros de planeamiento de su familia y el hecho que su familia este planeando es siempre confidencial y puede ser usado únicamente con su firma en la "Autorización para Revelado de Información"

Nombre: Primero _____ **Medio** _____ **Apellido** _____

Soltera/Nombres Previos _____ **Nombre de Esposo(a)** _____

Numero de Seguro Social: ____/____/____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ **Edad:** ____

Dirección: _____ **Apt. #:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código:** _____ **Hispano/Latino?** Si No

Raza (marque las que apliquen): Blanca Negra o Africano-Americana India Americana o Nativa de Alaska Asiática Nativa de Hawai u otra Isla del Pacifico

Estado Marital: Casada Separada Viuda Divorciada Soltera

Esta en la escuela? Si No **Ultimo grado completado (marque un circulo):** 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Por favor provea TODAS las maneras que puede ser contactada: **Teléfono de Casa:** ____ - ____ - ____

Teléfono de Trabajo: ____ - ____ - ____ **Teléfono de Celular #:** ____ - ____ - ____

Escribir a Casa **Escribir dirección – Sobre en blanco**

Si no, por favor provea un nombre, relación, número de teléfono y dirección donde usted puede ser contactada:

Nombre _____ Relación _____

Numero de Teléfono _____ **Dirección** _____
Nombre del Doctor primordial/Oficina Medica: _____

Como escucho de nosotros? Familia/Amigos Trabajadora Periódico Internet
 Pósters Otros _____

*Place Client
Identification
Sticker Here*

Estado de su Seguro: *(Marque los tipos de seguro o aseguranza que usted tenga)*

Medicaid (Titulo XIX) que cobre los servicios primarios de salud- Tarjeta # _____

Hawk-I- Tarjeta # _____ Medicare - Tarjeta # _____

Otro: Compañía de seguro _____

Póliza # _____ Grupo # _____ Persona Primaria del seguro _____

Relación con la persona primaria _____

Por favor complete el NUMERO de los miembros de su casa: Yo Esposo Padre Madre

Niños _____ Hermano/Hermana _____ Novio/Novia _____ Otro *(Por favor Indicar)* _____

Numero total de personas viviendo en su hogar: _____

Si Usted es Menor de 18 anos, POR FAVOR CONTESTE LA SIGUIENTE PREGUNTA: *(Si es mayor de 18 Brincar a la otra sesión):*

Quien es la cabeza de familia? _____ Cual es su ocupación? _____

Cual es el total de sus ingresos económicos (antes que los impuestos sean restados) *al mes?* \$ _____ por mes /
Ingreso de Familia \$ _____

O, el estimado de ingreso familiar: \$ _____

EDAD 18 Y MAYORES, POR FAVOR RESPONDA ESTA PREGUNTA: *(NO CONTESTE SI ES MENOR DE 18)*

Quien es la cabeza de familia? _____ Cual es su ocupación _____

Cual es el total de sus ingresos económicos al mes (antes que los impuestos sean restados):

\$ _____ por mes #de personas mantenidas con este ingreso _____

Autorización y Firma: Entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios proveídos para mi, incluyendo cualquier cantidad no pagada o cubierta por mi seguro (o aseguranza). Soy responsable de informar al Programa de Planificación Familiar de VNS de todos los cubrimientos de aseguranza de los cuales soy elegible. Yo autorizo al Planificación Familiar de VNS la liberación para procesar información necesaria para cobros a las aseguranza nombrada. Y por la presente asigno pago de beneficio al Programa de Planificación Familiar de VNS. El mandato del estado de Iowa de regulaciones de servicio social indica que todos los beneficios de Medicaid deberán ser detenidos hasta que otras aseguranzas sean investigadas. **Yo declare que la información indicada arriba esta correcta con mi conocimiento. Yo entiendo que basado en la información declara arriba voy a ser cobrado con un _____% de los costos servicios del programa. Yo entiendo que el pago se debe hacer al tiempo de mis servicios y la suma total debe ser pagada dentro de los 3 meses de haber recibido los servicios.**

Firma

Date

Staff Signature

Date

*Place Client
identification
Sticker Here*