



Name _____

Client # _____ DOB _____

Community Health Centers of Benton and Linn Counties is able to help our patients offset the cost of health services due to grant support from the government. As a result we are required to gather income and housing information for each of our patients. We realize this is very personal information and we will continue to protect your confidentiality with this information as well as with your personal health information.

Employment Information

Have you or anyone else in your household worked in any of the following industries during the last two years? Please check all that apply:

Orchards

Packing house (fruits, vegetables, gift boxes)

Reforestation / tree planting

Vineyards

Crops / harvesting (fruit, vegetables, flowers, trees, mushrooms, etc.)

If you checked any of the above boxes, did your work ever require your family to move? Yes No

Have you been a member of the armed forces? Yes No

Employer(s) (optional):

Housing Information

Are you and your family members living in someone else's household? Yes No

In the past 24 months, have you and your family been forced to move into a temporary situation because of housing costs? Yes No

In the past 24 months, have you or someone in your household lived in one of the following:

Shelter Transitional housing Camp or street

Insurance Information

Do you have health insurance? Yes No

I am uninsured or have insurance with a very high deductible and would like to apply for the sliding fee scale to help cover the cost of my visits. (You may be asked to provide verification of your income by providing check stubs or income tax documents.)

Name of Primary Insurance:

Insurance Mailing Address:

City:

State:

ZIP code:

Phone:

Name of Policy Holder:

Relationship to Client:

Mailing Address:

Phone:

Insurance ID:

Group #:

Do you have additional insurance? Yes No



Name _____

Client # _____ DOB _____

El Centros Comunitarios de Salud de los Condados Benton y Linn tiene la habilidad de ayudar a sufragar el costo de las visitas de los pacientes por medio de becas y apoyo gubernamental. Como resultado de ésto, nos requieren que recojamos información financiera y sobre vivienda acerca de cada uno de nuestros pacientes. Nosotros entendemos que esta información es muy personal y continuaremos protegiendo su confidencialidad tanto con esta información como con su información personal de salud.

Información Sobre Empleo

¿Ha trabajado usted o cualquier persona dentro de su grupo familiar en cualquiera de las industrias que se mencionan a continuación? Por favor marque todas las que apliquen:

 Huertos Empacadoras (frutas, vegetales, cajas de regalo) Reforestación / sembrando árboles Viñedos Crops Cosechando / cultivando (frutas, vegetales, flores, árboles, hongos, etc.)

Si usted marcó alguno de los encasillados arriba mencionados, ¿Requirió su trabajo, en cualquier momento, que su familia se mudara? Sí No

¿ Ha sido miembro de las fuerzas armadas? Sí No

Patrón/empleador (opcional):

Información Sobre Vivienda

¿Están usted y su familia viviendo con otras personas? Sí No

En los pasados 24 meses, ¿Se han visto usted y su familia forzados a mudarse a alguna situación temporal debido a los costos de vivienda? Sí No

En los pasados 24 meses, ¿Ha vivido usted o algún miembro de su familia en cualquiera de los siguientes?: refugio
 vivienda transitoria campamento o en la calle

Información Seguro Médico

¿Tiene Seguro Médico de Salud? Yes No

Yo no tengo seguro médico o tengo un seguro con un deducible muy alto y me gustaría solicitar la ayuda de acuerdo a la escala salarial para ayudar a cubrir el costo de mis visitas. (Se le podría pedir que provea verificación de sus ingresos por medio de talones de cheque o documentos sobre sus contribuciones de ingresos).

Nombre del Seguro Principal:

Dirección Postal del Seguro:

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
---------	---------	----------------	-----------

Nombre de la Persona Principal en el Seguro:	Relación Con el Cliente:
--	--------------------------

Dirección Postal:	Teléfono:
-------------------	-----------

Número de Identificación del Seguro:	Número de Grupo:
--------------------------------------	------------------

¿Tiene usted algún seguro medico adicional? Sí No