

## Universal Community Health Center INTAKE FORM

				DATE/FECHA:	
NAME/NOMBRE				S.S.#	
ADDRESS/DIRECCION/STREET/CALLE			EMAIL/CORREO ELECTRONICO		
CITY/ CIUDAD		STATE/ESTADO		ZIP CODE	
TELEPHONE TELEFONO		BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO		BIRTH PLACE LUGAR DE NACIMIENTO:	
WHAT IS YOUR ETHNICITY? ¿CUAL ES SU ETNICIDAD?		<input type="checkbox"/> NON-HISPANIC/NO HISPANO(A) <input type="checkbox"/> HISPANIC/HISPANO(A)		SEX SEXO	
RACE (Select all that apply) RAZA (Marque todo lo que aplique)		<input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE / INDIO(A) INDÍGENA O NATIVO(A) DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIAN/ ASIÁTICO(A) <input type="checkbox"/> BLACK/AFRICAN AMERICAN / NEGRO(A) <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN/PACIFIC ISLANDER / NATIVO(A) DE HAWÁI O LAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> WHITE / BLANCO(A) <input type="checkbox"/> DECLINE TO STATE / REHUSÓ A CONTESTAR			
ARE YOU HOMELESS OR LIVING IN A SHELTER? ¿VIVE USTED SIN HOGAR O EN REFUGIO?			<input type="checkbox"/> NO/ NO <input type="checkbox"/> YES/ SÍ		DO YOU HAVE A MENTAL OR PHYSICAL DISABILITY? ¿TIENE USTED ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?
MOTHER'S MAIDEN NAME/ NOMBRE DE MADRE DE SOLTERA			FATHER'S NAME NOMBRE DE PADRE		
RELATIVE/FRIEND NOT LIVING WITH YOU PARIENTE O AMIGO QUE NO VIVA CON USTED				TELEPHONE TELEFONO	
PRIMARY LANGUAGE IDIOMA PRINCIPAL		DO YOU REQUIRE TRANSLATION IF YOU NEED TO COMMUNICATE IN ENGLISH? ¿NECESITA INTÉRPRETE PARA COMUNICARSE EN INGLÉS?			
<input type="checkbox"/> NO/ NO <input type="checkbox"/> YES/ SÍ					
TOTAL MONTHLY INCOME OF FAMILY INGRESO MENSUAL DE FAMILIA					
FAMILY MEMBERS IN THE HOME MIEMBROS DE FAMILIA EN CASA		RELATIONSHIP PARENTESCO	ANNUAL INCOME INGRESO ANUAL	SOURCE OF INCOME DE DONDE VIENE SU INGRESO	
SPOUSE/ ESPOSO/A					
OTHERS/ OTROS					
3					
4					
5					
<p><b>Applicant's Statement:</b> I understand that this eligibility certification form is a legal document and certifies that the information on this form is true to the best of my knowledge. I acknowledge that such information is subject to verification and that falsification of the form shall be grounds for termination from the program. All such information will be kept confidential. I give permission for myself/my child to receive treatment at the UCHC, and I understand that I may have my prescriptions filled at any pharmacy.</p> <p><b>Testimonio del Apicante:</b> Yo entiendo que esta es una forma legal que determina la elegibilidad y certifica que toda la información en esta forma es verdad. Yo comprendo que toda esta información esta sujeta a verificación y que la falsificación en esta forma será la terminación del programa. Toda la información será confidencial. Yo doy permiso para que yo/mi hijo/a recibamos tratamiento en UCHC. Yo entiendo que puedo rellenar mis recetas á cualquier farmacia.</p>					
APPLICANT'S SIGNATURE FIRMA DEL APLICANTE				DATE FECHA	
STAFF USE ONLY/NAME OF INSURED			INSURED'S S.S.#		
PAYMENT METHOD					
COMBINED LEVEL OF HOUSEHOLD INCOME Check off appropriate income level (Use Table I-CSBG Poverty Income Guidelines)					
<input type="checkbox"/> UP TO 75%		<input type="checkbox"/> 75%-100%	<input type="checkbox"/> 101-125%	<input type="checkbox"/> 126%-150%	<input type="checkbox"/> ABOVE 150%
STAFF SIGNATURE				DATE	