

Financial Status/Estado Financiero

Household Members Income Certification & Consent for Services
 Certificación de Ingresos de los miembros del Hogar & Consentimiento a recibir servicios

MSDH USE ONLY Type of documentation used for verification. <i>Tipo de documentación utilizada para la Verificación.</i> Income/Ingreso _____ Residence/Residencia _____ ID/Identificación _____ Medicaid _____ Food Stamps/Cupones de Alimentos _____ TANF _____ Qualifying Person/Persona que Cualifica _____
--

Patient/Paciente: _____

Address/Dirección: _____

SS# _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Medicaid# _____ Eff. Date/Fecha Efectiva: _____

Medicare# _____ Eff. Date/Fecha Efectiva: _____

CHIPS# _____ Eff. Date/Fecha Efectiva: _____

Employed by/Lugar de Empleo: _____

Phone/Teléfono _____ Alt Phone/Teléfono Alternivo _____

Household Members Name/ Miembros del Hogar Nombre		Household Members Income/ Ingreso de los Miembros del Hogar		
Name/Nombre	Age/Edad	Income/Ingreso	Frequency/Frecuencia	Annual Income/Ingreso anual
TOTAL NUMBER OF HOUSEHOLD MEMBERS		TOTAL OF ALL ANNUAL HOUSEHOLD INCOME		

I certify that the above information is correct to the best of my knowledge. I authorize the release of any medical or other information about me to the Mississippi State Department of Health, Human Services or Education, or to an insurance carrier as needed for the reimbursement for services rendered. I request that any payment for authorized benefits be made directly to the Mississippi State Department of Health on my behalf. The sliding fee scale has been explained to me, and I understand that if I am ineligible for Medicaid, Medicare, I will be charged for services according to my ability to pay and that the information I give may be verified. I understand that if I am eligible for Medicaid and/or Medicare benefits, this authorization is good for my lifetime.

Voluntary participation: Title X services are provided solely on a voluntary basis. Individuals must not be subjected to coercion to receive services or to use or not use any particular method of Family Planning. Acceptance of Family Planning services must not be a prerequisite to eligibility for, or receipt of, any other service or assistance from or participation in any other programs of the applicant {59.5(A)(2)}.

I consent to receive services provided by the Mississippi State Department of Health and authorize the Mississippi State Department of Health to disclose complete information to other physician, nurses, health care providers and social service agencies concerning its medical findings and treatment during my participation for the purpose of consultation and referral.

By my signature below, I acknowledge that I have received a notice of privacy practices for protected health information from the Mississippi State Department of Health.

I have been offered voter registration and I accepted _____ / declined _____.

Yo certifico que la información anterior es correcta, de acuerdo con mi conocimiento. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información personal al Departamento de Salud de Mississippi, Servicios Humanos o Educación o a una compañía de seguros, cuando sea requerida para el reembolso por servicios prestados. Solicito que cualquier pago para beneficios que haya sido autorizado, sea pagado directamente al Departamento de Salud de Mississippi en mi nombre. Me ha sido explicada la escala de pagos flexible y yo entiendo que si yo no soy elegible para Medicaid o Medicare, se me cobrarán los servicios de acuerdo con mi capacidad de pago y que la información que proveí será verificada. Yo entiendo que si no soy elegible para recibir los beneficios de Medicaid y/o Medicare, esta autorización es válida para toda la vida.

Participación Voluntaria: Los servicios del título X son dados de una forma voluntaria. Individuos no deben ser coaccionados a recibir servicios o a usar o no, cualquier método de planificación familiar. La aceptación para recibir los servicios de planificación familiar no debe ser un pre-requisito para ser elegibles o recibir otros servicios de asistencia o participar en otros programas {59.5(A)(2)}

Autorizo a recibir los servicios ofrecidos por el Departamento de Salud del Estado de Mississippi (no entiendo, parece que la persona se autorizara ella misma a recibir los servicios) y autorizo al Departamento de Salud del Estado de Mississippi a revelar información completa relativa a conclusiones médicas y tratamiento durante mi participación, consulta y referidos.

Por mi firma a continuación reconozco que he recibido un aviso de prácticas de privacidad para obtener información de salud protegida del Departamento de Salud de Mississippi.

Se me ha ofrecido registro para votar. Acepto _____ No Acepto _____

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

Self/Paciente Parent/Padre/Madre Guardian/Tutor Legal Other (Specify) / Otro (especifique) _____