



COMMUNITYHEALTH
CONNECT

Date Application Received: _____

Specialty: _____

NEW PATIENT CHECKLIST

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

DO NOT RECEIVE APPLICATIONS THAT ARE NOT 100% COMPLETE.

- APPLICATION VERIFICATION INT: _____ DATE: _____
 _____ Patient *COMPLETELY* filled out Application Initial & Date items completed
 _____ Income verification
 _____ Address verification
 _____ Referral from a PCP (for specialty medical care)
 _____ \$20 paid – or Waiver Form completed
 _____ *REVIEW all documents to ensure patient QUALIFIES for program*

- SCAN DOCUMENTS & CHEWY PROFILE INT: _____ DATE: _____
 _____ Scan all *application documents* to T:\#scans – scan separately (i.e. NEW, INC, REF, RES)
 _____ GIVE ALL DOCUMENTS BACK TO PATIENT
 _____ Create a new patient *account* on CHEWY (**check for duplicates first**)
 _____ Upload all files *the patient account from the T:\ drive*
 _____ *****Delete scanned file from T:\#scans*****

- OPEN NEW CASE INT: _____ DATE: _____
 _____ *Open a new case for the specialty requested by the referral*
 _____ *Send Teams message to care coordinator letting them know about new case opened*

PATIENT CASE NOTES:



_____ Por favor responda o seguinte questionário de Medicaid

S / N O(a) paciente é menor de 18 anos?

S / N O(a) paciente tem a custódia de uma criança de 18 anos ou menor?

S / N O(a) paciente é cego ou tem alguma deficiência/ incapacidade

S / N O(a) paciente tem mais de 65 anos?

S / N A paciente está grávida?

**** Por favor, solicite Medicaid se a resposta for SIM para qualquer uma das perguntas anteriores se o paciente é cidadão / residente legal dos EUA. Se o(a) paciente foi negado(a), traga uma cópia da carta de negação ****

_____ Por favor, envie uma cópia da declaração de imposto pessoal completo do ano anterior e do formulário W-2. Você pode obter uma transcrição da declaração de imposto ou uma carta de não apresentação do IRS, ligando para 1-800-829-1040 ou acessando o site: www.IRS.gov. Se você não apresentou uma declaração de imposto, inclua todos os formulários W-2 e uma carta explicando porque um retorno não foi arquivado.

_____ Por favor Inclua a verificação da renda familiar. Isso deve incluir:

_____ Contra check (do mês mais recente)

_____ Declarações bancárias (dos três últimos mese)

_____ Carta de prêmio de Seguro Social ou pensão / carta de recompensa de anuidade, se aplicável

_____ Indemnização por incapacidade ou desemprego, se aplicável

_____ Verificação de food stamp, se aplicável

_____ Verificação de assistência à filhos se aplicável

_____ Por favor, envie uma carta de apoio da pessoa que apoia financeiramente o(a) paciente, se eles estão atualmente desempregados.



For Office Use Only

Medical _____

Dental _____

Date of application _____

Solicitação de Inscrição

Envie o seguinte com a sua solicitação completa:

- 1) **Comprovante de renda** (cópia dos impostos IRS mais recentes, W-2, duas declarações de renda mais recentes, contracheques)
- 2) **Comprovante de residência** no condado de Utah (contrato de arrendamento, conta de serviço público, etc.)
- 3) **Referência de um médico** de cuidados primários para casos médicos que indiquem necessidade médica.
- 4) **\$ 20 taxa de associação não reembolsável** (elegibilidade por 6 meses; renovável conforme necessário com outro pagamento de taxa)

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____ Idade: _____ Sexo: M F

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Por quanto tempo? _____ Telefone: _____

E-mail: _____

Estado civil: Solteiro(a) casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viúva(o) Nome do cônjuge: _____

Status de Emprego do Paciente: Trabalhando em tempo integral Meio período Desempregado Aposentado Desativado

Estudante

Contato Alternativo: _____ Relacionamento: _____ Telefone: _____

Pessoa Responsável (se o paciente for <18): _____ Relacionamento: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Renda mensal do lar Número de indivíduos que vivem no lar: **Adultos** _____ **crianças:** _____

Tipo de renda:

	Quantia recebida por mês:
Renda de emprego da pessoa responsável (bruto)	\$ _____
Renda de emprego do cônjuge (bruto)	\$ _____
Renda de emprego de outros membros do lar (bruto)	\$ _____
Renda de Workers Compensation, SSI, SSA, Unemployment, Disability, Seguro	\$ _____
Assistencia à filhos, pensão alimentícia, etc.	\$ _____
Acomodação, comida, utilidades recebidas e pagas por família, amigos, igreja, etc.	\$ _____
Outros: food stamps, WIC, etc.	\$ _____
RENDA TOTAL DE TODOS OS INDIVIDUOS QUE VIVEM NA CASA:	\$ _____

O aplicante possui seguro dental?

Sim Não Se sim, por favor, escreva o nome da companhia de seguros

O aplicante possui seguro medico?

Sim Não Se sim, por favor, escreva o nome

Você ou seus filhos tem CHIP, Medicaid ou PCN? Se sim, escreva

nomes de indivíduos e tipo de cobertura na parte de trás Sim Não

Você já solicitou Medicaid ou Medicare?

Sim Não Se sim, quando?

Informação Demográfica (opcional)

Como o aplicante soube sobre da Community Health Connect?

Volunteer Care Clinic Mountainlands Enfermeira na Escola Health Clinics of Utah Health Department

Gappmeyer Clinic Dixon Clinic Nome do Dr. ou Dentista: _____ Outro: _____

Ethnicity:

Afroamericano Asiático caucasiano Hispânico Índio americano Ilhas do Pacífico

outro (por favor, especifique) _____

Afiliação religiosa (marque uma):

Católico Religião oriental Judaico SUD Protestante Outro

Nível de Educação:

Escola primária Colegial Universidade Outro

Quais são os sintomas médicos ou dentais específicos para os quais você está buscando tratamento através da Community Health Connect?

Você já teve serviços de diagnóstico para essa necessidade particular? (Raio -X, Análisis de Sangue , etc.) Sim Não

Se sim, Nome da Clínica: _____ Data / Tipo de Serviços: _____

Você necessita um intérprete para suas consultas médicas / dentárias? Sim Não Se sim, que idioma: _____

Declaração de Compreensão

Eu entendo que esta será aceito somente se o requerente cumprir os requisitos de elegibilidade. Eu autorizo a liberação de qualquer informação financeira, médica ou outra considerada necessária para Community Health Connect para determinar a elegibilidade. Ao assinar este formulário, eu autorizo o CHC a verificar as informações fornecidas. Certifico que as informações fornecidas nesta aplicação são verdadeiras e corretas pelo meu conhecimento.

Assinatura do Aplicante, Pai/ or Tutor legal

(Relacionamento com o paciente)

Data

Esta autorização para a divulgação das informações acima às pessoas / organizações mencionadas acima expirará em um ano a partir da data assinada.



COMMUNITYHEALTH
CONNECT

Consentimento e Termos de Aceitação do Tratamento

Ao assinar abaixo, **eu (seu nome)** _____ concordo que, em troca de receber serviços de saúde não compensados, renuncio ao meu direito de processar ou de outra forma buscar uma recuperação monetária de Community Health Connect, seus funcionários e voluntários de profissionais de saúde por negligência profissional exceto por atos ou omissões que são grosseiramente negligentes ou são intencionais e desleais, independentemente de onde esses serviços são realizados.

Recebi a oportunidade de fazer perguntas ou solicitar informações adicionais de Community Health Connect em relação a esta declaração e eu entendo plenamente os direitos que eu estou renunciando.

Eu entendo que essa renúncia foi feita com o objetivo de cumprir com o Código de Utah Anotado § 58-13-3 que me permite renunciar a meus direitos em troca de receber serviços de saúde não remunerados.

Eu reconheço ter visto, lido e compreendo o Aviso de Limitação de Responsabilidade que se aplica à Community Health Connect e seus funcionários e voluntários de profissionais de saúde.

Eu reconheço que as garantias de serviço não foram ou serão feitas para mim pelo CHC ou os prestadores de cuidados de saúde a que fui encaminhado pelo CHC como resultado de consulta ou tratamento e que minha inscrição no programa pode ser encerrada a qualquer momento.

Para Pacientes, Pais ou Tutores de Pacientes Menores de 18 Anos: Este formulário foi explicado para mim, e eu certifico que entendo seu conteúdo e concordo com os termos mencionados acima.

Assinatura do Aplicante, Pai or Tutor legal

Data

Aviso de Práticas de Privacidade

Eu li e compreendo o Aviso de Práticas de Privacidade e me foi oferecido uma cópia.

Assinatura do Aplicante, Pai or Tutor Legal

Data

Consentimento para Seguir as Responsabilidades do Paciente

Eu li e compreendo o formulário de Responsabilidades do Paciente e recebi uma cópia dele. Compreendo minhas responsabilidades como paciente. Se eu não cumprir as minhas responsabilidades, posso ser retirado do program CHC.

Assinatura do Aplicante, Pai or Tutor Legal

Data

AUTORIZAÇÃO PARA FORNECER INFORMAÇÕES

<i>Sobrenome:</i>	<i>Primeiro Nome:</i>	<i>Segundo Nome:</i>
-------------------	-----------------------	----------------------

<i>Endereço:</i>	<i>Cidade/Estado:</i>	<i>Código Postal:</i>
------------------	-----------------------	-----------------------

Descrição das informações a serem divulgadas

O Paciente identificado acima autoriza a divulgação de todas as informações médicas protegidas de qualquer forma (incluindo oral, escrita e eletrônica) para a Community Health Connect (CHC) e re-divulgação dos dados e informações dos Inspetores aos seus agentes, coordenadores, médicos, hospital, e as entidades e organizações especificadas abaixo. O paciente solicita expressamente que todas as entidades abrangidas sob HIPAA proporcionem completamente informações de saúde protegidas sobre o paciente. Isso inclui, mas não está limitado ao seguinte:

- Todos os registros médicos, incluindo, mas não limitado a: tratamento para internação e sala de emergência; todos os gráficos clínicos, relatórios, documentos, correspondência, resultados do teste, declarações, questionários / histórias, relatórios de exames, notas manuscritas e de escritório e registros recebidos de outros médicos ou prestadores de cuidados de saúde
- Todo o laboratório, histologia, patologia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, relatórios ecocardiográficos
- Todos os filmes de radiologia
- Todas as receitas de farmácia, registros
- Todas as informações de seguro ou cobrança

Organização oferecendo a informação	Organização recebendo a informação																										
Community Health Connect	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Dept. of Workforce Services</td> <td style="width: 33%;">Health Clinics of Utah</td> </tr> <tr> <td>DCFC (Serviços estaduais de Utah para crianças e famílias)</td> <td>Utah Valley Regional Medical Center</td> </tr> <tr> <td>DSPD (Serviços estaduais para pessoas com deficiência)</td> <td>Mountainview Hospital</td> </tr> <tr> <td>Primary Care Network</td> <td>Timpanogos Hospital</td> </tr> <tr> <td>UVU Community Mental Health Clinic</td> <td>Centros de cirurgia</td> </tr> <tr> <td>Revere Health Care</td> <td>Case Manager/Family Advocate</td> </tr> <tr> <td>Mountainlands Community Health Center</td> <td>Departamentos de saúde (incluindo WIC)</td> </tr> <tr> <td>Fornecedores de serviços médicos para famílias</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Provedores de Tratamento de Abuso de Substâncias</td> <td>Médicos especializados</td> </tr> <tr> <td>Caring Foundation for Children</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Provedores de saúde mental</td> <td>School Districts</td> </tr> <tr> <td>Provedores de serviços dentários</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros _____</td> </tr> </table>	Dept. of Workforce Services	Health Clinics of Utah	DCFC (Serviços estaduais de Utah para crianças e famílias)	Utah Valley Regional Medical Center	DSPD (Serviços estaduais para pessoas com deficiência)	Mountainview Hospital	Primary Care Network	Timpanogos Hospital	UVU Community Mental Health Clinic	Centros de cirurgia	Revere Health Care	Case Manager/Family Advocate	Mountainlands Community Health Center	Departamentos de saúde (incluindo WIC)	Fornecedores de serviços médicos para famílias		Provedores de Tratamento de Abuso de Substâncias	Médicos especializados	Caring Foundation for Children		Provedores de saúde mental	School Districts	Provedores de serviços dentários			Outros _____
Dept. of Workforce Services	Health Clinics of Utah																										
DCFC (Serviços estaduais de Utah para crianças e famílias)	Utah Valley Regional Medical Center																										
DSPD (Serviços estaduais para pessoas com deficiência)	Mountainview Hospital																										
Primary Care Network	Timpanogos Hospital																										
UVU Community Mental Health Clinic	Centros de cirurgia																										
Revere Health Care	Case Manager/Family Advocate																										
Mountainlands Community Health Center	Departamentos de saúde (incluindo WIC)																										
Fornecedores de serviços médicos para famílias																											
Provedores de Tratamento de Abuso de Substâncias	Médicos especializados																										
Caring Foundation for Children																											
Provedores de saúde mental	School Districts																										
Provedores de serviços dentários																											
	Outros _____																										

Propósito do uso ou Divulgação da Informação

A divulgação desta informação é solicitada com o objetivo de obter acesso à assistência médica para aqueles que têm necessidades econômicas e oferecer avaliação e tratamento adicional do paciente.

Eu entendo:

- Eu autorizo o uso ou a divulgação de minhas informações de saúde identificáveis individualmente como descrito acima para os fins listados.
- Entendo que esta autorização é voluntária.
- Tenho o direito de revogar esta autorização enviando um aviso interrompendo esta autorização para a Community Health Connect no 591 South State Street Provo, UT 84606. A autorização será interrompida na data em que o meu pedido for recebido.
- Entendo que tenho direito a receber uma cópia desta autorização.
- Eu entendo que o Aviso de Práticas de Privacidade fornece instruções se eu optar por revogar minha autorização.
- Eu entendo que, depois que a informação é divulgada sob esta autorização, ela pode ser reenviada pelo destinatário e, se divulgada, a informação não será mais protegida por regras de privacidade federais ou estaduais.
- Eu entendo que eu mantenho o direito de me recusar a assinar a autorização.
- Eu entendo que estou assinando voluntariamente essa autorização e que tratamento, pagamento ou elegibilidade para os meus benefícios não serão afetados se eu não assinar essa autorização. As consequências para a minha recusa de assinar esta autorização serão os registros de informações pessoais, o faturamento ou outras informações confidenciais, não serão compartilhadas com parceiros externos, o que tornará difícil para a Community Health Connect me fornecer mais tratamento.
- Qualquer facsímile, cópia ou fotocópia da autorização autoriza a liberação de todos os registros exigidos no presente

Assinatura do Aplicante

(Relacionamento com o Paciente)

Data



Responsabilidades do solicitante

Community Health Connect (CHC) é uma organização de acesso à serviços de saúde sem fins lucrativos. Nós contactamos médicos locais, dentistas e outros especialistas que estão oferecendo seus serviços para ajudá-lo a recuperar a saúde e manter-se saudável. Não somos uma companhia de seguros, nem é um programa de governo ou de "direito". Nossa assistência pode terminar em qualquer momento e por qualquer motivo. O CHC não cobre despesas para salas de emergência, serviços de ambulância, taxas de laboratório, exames ou qualquer outra despesa. As suas responsabilidades no âmbito deste programa, os serviços disponíveis e outras condições podem mudar a qualquer momento. Reservamo-nos o direito de exigir que você pague pela assistência recebida devido a informações incorretas com as quais você nos forneceu.

POR FAVOR COLOQUE A SUAS INICIAIS A ESQUERDA PARA INDICAR QUE LEU E ENTENDE CADA RESPONSABILIDADE:

- _____ Não agendarei compromissos com qualquer médico associado à rede CHC (médico, dentista, clínica ou hospital). Todas os agendamentos serão feitas pelo coordenador do CHC. Se um compromisso foi feito, informarei imediatamente o CHC. Eu entendo que eu posso falar com meu coordenador de cuidados se tiver dúvidas ou preocupações sobre esta regra e ele os avaliará caso a caso.
- _____ Entendo que CHC não garante serviços gratuitos, mas intercederemos para minimizar todas as despesas relacionadas aos cuidados de saúde.
- _____ Eu entendo que eu serei responsável pelo pagamento de despesas relacionadas a consultas que não foram programadas pelos funcionários da CHC.
- _____ Vou fornecer imediatamente qualquer informação que o programa solicite. Se eu não enviar as informações solicitadas dentro de 10 dias, serão negados os benefícios.
- _____ Eu entendo que se eu receber contas relacionadas aos serviços fornecidos pela rede CHC, devo trazê-los para o escritório do CHC dentro de uma semana após recebê-los.
- _____ Permitirei que todas as informações sobre minha participação no programa sejam compartilhadas com outras pessoas, organizações e agências, a critério exclusivo da CHC.
- _____ Se o CHC o requerir, preencherêi o formulário para receber Medicaid ou outros programas de assistência médica.
- _____ Eu informarei imediatamente o CHC se minha renda mudar ou se eu qualificar para Medicare, Medicaid, seguro privado ou outros seguros ou benefícios médicos.
- _____ Informarei imediatamente a CHC de qualquer mudança de endereço, número de telefone ou renda na família.
- _____ Eu entendo que os provedores estão fornecendo seus serviços sem compensação e eu me comportarei com profissionalismo e atitude cortês em todos os momentos. Vou respeitar o tempo do médico / dentista e aqueles em seu escritório. Desligarei meu celular durante a consulta. Eu entendo que o escritório do provedor não é uma creche e, portanto, não vou levar meus filhos ao compromisso sem ter certeza de que alguém os monitorará.
- _____ Se não conseguir fazer os arranjos necessários para ir a uma consulta, contactarei a CHC pelo menos 24 horas antes do compromisso para cancelar. No caso de cirurgia, vou entrar em contato com CHC 72 horas antes do compromisso para cancelar.
- _____ Eu entendo que é minha responsabilidade chegar a tempo para todos os compromissos. Se chegar tarde e decidir mudar a data do compromisso, entendo que será contado como um compromisso perdido.
- _____ Se faltar a um compromisso, entendo que vou ter que pagar \$ 25 para restabelecer minha elegibilidade. Se eu faltar a um segundo compromisso, eu serei removido do programa.
- _____ Eu entendo que se eu perder uma cirurgia já agendada, eu serei removido do programa imediatamente, sem ter uma segunda chance.

Ao assinar, confirmo que entendo e aceito as condições dadas e que recebi uma cópia deste formulário. Se eu não seguir as instruções dadas, minha participação com CHC pode ser terminada.

_____ Assinatura do Aplicante, Pai or tutor

_____ Data

Agora que você entregou sua aplicação: O que acontece em seguida?

Médico:

- Ligue para o seu coordenador dentro da primeira semana de entregar a aplicação. Eles poderão dar-lhe um tempo estimado de quanto tempo será nas diferentes listas de espera.
- Uma vez que você estiver na lista de espera, seu Coordenador de Cuidados entrará em contato com você quando você for o próximo na lista para ver um médico.
- Se a sua informação mudar (ou seja, endereço, número de telefone, você recebe mais renda), informe ao seu coordenador o quanto antes.
- **Nós não fazemos as coisas de forma urgente.** Se você achar que precisa de cuidados de urgência, acesse a sala de emergência.
- Se você achar que você pode obter o cuidado em outro lugar, continue e persiga isso. Deixe-nos saber para que possamos tirar você de nossas listas e dar o lugar a outra pessoa.
- De seis em seis meses, você precisará realizar a verificação de renda, mesmo que você não tenha recebido serviços.

Dental:

- O próximo passo é ir para a Classe de Educação em Saúde Oral que temos uma vez por mês na segunda segunda-feira do mês às 6:00 da tarde. Você só tem que ir a uma aula e a aula é apenas meia hora. Você deve estar na hora certa, ou você deve comparecer a outra aula porque a aula é muito curta.
- Depois de participar da aula, seu Coordenador de Cuidados entrará em contato com você para agendar uma limpeza e exame dentário. Eles vão fazer um plano de tratamento que enviaremos aos dentistas.
- **Seu nome não será adicionado à lista de espera dentária até completar estas duas etapas.**
- Uma vez que você é adicionado à lista de espera, você pode verificar a cada dois meses para ver onde você está na lista de espera. Tenha em mente que, se você encontrar outra opção para fazer seu trabalho dental, trabalhe com isso.
- **Nós não fazemos as coisas de forma urgente.** Se você acha que está com dor, seu Coordenador de Cuidados pode fornecer uma lista de recursos dentários de baixo custo. Qualquer coisa que você tenha feito fora do nosso programa sairá do seu próprio bolso.
- Se a sua informação mudar (ou seja, endereço, número de telefone, você recebe mais renda), informe o seu coordenador o quanto antes.
- De seis em seis meses, você precisará realizar a verificação de renda, mesmo que você não tenha recebido serviços.

2020 Verificación de Domicilio e Ingresos



UTAH COUNTY **Community Development** BLOCK GRANT

Por favor llene las áreas sombreados del formulario

Nombre de la persona en la programa/solicitando asistencia			
Domicilio	Ciudad	Código Postal	Teléfono/Celular

Haga una lista de cada persona que vive en el hogar (incluyéndose a usted mismo):

	Nombre	Edad	Sexo	Raza* (Blanco, Asiático, Indio Americano, Negro, Islas Pacíficas)	Hispanico/Latino (Sí o No)	Parentesco
1			M / F		S / N	
2			M / F		S / N	
3			M / F		S / N	
4			M / F		S / N	
5			M / F		S / N	
6			M / F		S / N	
7			M / F		S / N	
8			M / F		S / N	

*Según el Gobierno de los E.E.U.U., Hispano o Latino no es una raza si no un grupo étnico. Si lo desean, los latinos pueden marcar "blanco" como raza, o cualquier otra raza que piense la describe mejor.

Si necesita más espacio utilice la parte de atrás del formulario.

¿Es el Jefe de familia una madre soltera?

¿Hay alguien que vive en el hogar quien tiene una discapacidad mental o física?

Si la respuesta es afirmativa, explique por favor:

Importante: Toda la información que usted proporcione en este formulario será guardada en confidencia completa y sólo será usada con el propósito de reportar estadísticas generales. Esta información no puede ser compartido con otras agencias del gobierno, como ICE (Inmigración) o el IRS.

¿Cuántas personas viven en su hogar?

Localice el número de personas que viven en su hogar en la siguiente tabla, luego, en esa misma columna, circule el ingreso familiar anual que no excede el total Ganado.

1	\$16,900	\$28,150	\$45,050	Over \$45,050
2	\$19,300	\$32,200	\$51,450	Over \$51,450
3	\$21,700	\$36,200	\$57,900	Over \$57,900
4	\$24,100	\$40,200	\$64,300	Over \$64,300
5	\$26,050	\$43,450	\$69,450	Over \$69,450
6	\$28,000	\$46,650	\$74,600	Over \$74,600
7	\$29,900	\$49,850	\$79,750	Over \$79,750
8	\$31,850	\$53,100	\$84,900	Over \$84,900

Quizás le sea requerido anexar una copia de su Declaración de Impuestos Federales (Federal Income Tax Return) del año anterior o una copia reciente del talón de cheque de su trabajo, o algún otro documento que pueda verificar sus ingresos.

Entiendo/Entendemos que la información proporcionada en este formulario puede ser verificada para demostrar exactitud y confirmación de elegibilidad para participar en este programa que es financiado por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los E.E. U.U. (HUD). Certifico/Certificamos que según mi/nuestro leal saber y entender esta información es precisa y correcta. Los administradores de este programa pueden confiar en esta información para confirmar la elegibilidad de nuestra participación en el mismo.

Formulario completado por:

Nombre (en letra de imprenta)

X _____
Firma

Nombre (en Fecha)