

Good News Clinics Application Process / Proceso de Aplicación

Good News Clinics provides free medical and dental care to Hall County residents **without insurance**, Medicare or Medicaid, who meet federal poverty level guidelines.

Good News Clinics provee tratamiento medico y dental gratis a los residentes del condado de Hall que **no tienen aseguranza**, Medicare o Medicaid, que cumplen con el nivel de pobreza federal.

1	Patient needs to arrive between 8:20 AM - 8:45 AM on Monday - Thursday.
	El paciente necesita llegar entre las 8:20 a.m. y las 8:45 a.m. de lunes a jueves.

2	Patient needs to bring Photo Identification.
	El paciente necesita traer identificación con foto.

3	Patient needs to bring recent proof of Hall County residency.
	El paciente necesita traer una prueba reciente de residencia en el condado de Hall.

- A utility, phone or hospital bill dated within the last 3 months in the **patient's name**. Other letters will be accepted if it has the applicant's name, date and address included.
- Una factura de servicios públicos, teléfono u hospital con fecha de los últimos 3 meses a **nombre del paciente**.

4	Patient needs to bring proof of combined household income (both patient and spouse)
	El paciente necesita traer prueba de ingresos familiares combinados (tanto para el paciente y su cónyuge)

One or more of the following / Uno o más de los siguientes:

- Current paycheck stubs for the last four weeks.
Los últimos cuatro talones de cheque mas reciente.
- Unemployment benefit statements
Beneficios de desempleo
- Notarized support letter from person other than spouse who is supporting patient (**if patient is unemployed**)
Carta de apoyo notariada de una persona que no sea el cónyuge que está apoyando al paciente (**si el paciente está desempleado**)
- Social Security, disability, pension income statements, workman's comp
Ingreso de Seguro Social, Pensiones, Beneficios de compensación del Trabajador
- Child support, alimony statements
Manutención del Menor, pensión alimenticia
- Self employment income requires a recent tax return **and** bank statement verifying deposits
Los ingresos del trabajo por cuenta propia requieren una declaración de impuestos reciente **y** un extracto bancario que verifique los depósitos

This page is intentionally left blank
Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco

GOOD NEWS CLINICS PATIENT REGISTRATION/ REGISTRO DE PACIENTES

PERSONAL INFORMATION/ INFORMACION PERSONAL

Name /nombre: _____			
Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____		Social Security Number/ Número Seguro Social: _____	
Phone / Teléfono: _____		☐ Homeless / Sin hogar	
Email: _____			
Address / Domicilio: _____			
City / Ciudad: _____		Zip Code / Código Postal: _____ County / Condado: _____	
Sex / Sexo: ☐ Male / Masculino ☐ Female / Femenino ☐ Pregnant / Embarazada: ☐ Yes ☐ No			
Ethnicity / Origenétnico: ☐ Hispanic / Hispano ☐ Non-Hispanic / No Hispano			
Race / Raza: ☐ White / Blanca ☐ Black / Negra ☐ Asian / Asiático ☐ American Indian / Indio Americano ☐ Pacific Islander / Isleños del Pacífico			
Language / Idioma preferido: ☐ English ☐ Español Other: _____			
Patienttype / Tipodepaciente: ☐ New / Nuevo ☐ Renewing / Renovador			
Requesting /Solicitando: ☐ Medical care / Atención médica ☐ Dental care / Dental ☐ Both Medical & Dental / Atención médica y dental			
Has patient been in the hospital or ER in the past 4 weeks? / ¿Ha estado el paciente en el hospital o en la sala de emergencias en las últimas 4 semanas?: ☐ Yes / Sí ☐ No			
Does patient have tooth pain? / ¿El paciente tiene dolor de dientes?: ☐ Yes / Sí ☐ No			

FAMILY INFORMATION/ INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA

Emergency Contact Name / Contacto de Emergencia Nombre: _____	
Relationship / Relación: _____	Phone / Teléfono: _____
Spouse / Esposo: _____	Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____
Child 1 / Hijo 1: _____	Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____
Child 2 / Hijo 2: _____	Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____
Child 3 / Hijo 3: _____	Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____
Child 4 / Hijo 4: _____	Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____
Child 5 / Hijo 5: _____	Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

FINANCIAL INFORMATION/ INFORMACIÓN FINANCIERA

Insurance/Aseguranza:

☐ None / Ninguno	☐ Health / Salud	☐ Dental	☐ Vision
☐ Medicare	☐ Medicaid	☐ Veterans / Veteranos	

Employment / Empleo:

Patient employed? / Paciente empleado? ☐ Yes/ Sí ☐ No

Patient's Employer /
Nombre del empleador o patrón del paciente: _____

Spouse employed? / Cónyuge empleado? ☐ Yes/ Sí ☐ No

Spouse's Employer /
Nombre de empleador o patrón de cónyuge: _____

Income Source / Tipo de Ingreso:

	Patient's monthly income / Ingreso mensual del paciente	Spouse's monthly income / Ingresos mensuales del cónyuge
Earned Wages / Ingresos Ganados:	\$	\$
SSI Retirement / SSI Retiro:	\$	\$
SSI Disability / SSI Discapacidad:	\$	\$
Unemployment / Desempleo:	\$	\$
Workman's Comp / Compensación del trabajador:	\$	\$
Child Support / Manutención de los hijos:	\$	\$
Rental Income / Ingresos de renta:	\$	\$
Other / Otro:	\$	\$
Total Income / Ingresos Total:	\$	

Patient Expenses / Gastos del Paciente:

Rent / Renta: \$	Cable or Internet: \$
Electricity / Luz: \$	Car payment / Pago de Auto: \$
Gas: \$	Car insurance / Seguro de Auto: \$
Water / Agua: \$	Food / Comida: \$
Phone / Teléfono: \$	Other / Otro: \$
Food stamps? / Recibes estampillas?: ☐ Yes / Sí ☐ No	
Amount / Cantidad: \$	
Total Expenses / Gastos Total: \$	

Good News Clinics – Attendance Policy Agreement

In an effort to reduce missed appointments and maintain availability for all patients, Good News Clinics has implemented a new **No-Show Policy**.

I understand and agree to the attendance policy as described:

- 1st no-show: \$5 rescheduling penalty
- 2nd no-show: \$10 rescheduling penalty
- Additional no-shows: You will be dismissed from Good News Clinics and you may not reapply for **12 months**

- **No Show Criteria:**

- Not arriving for a scheduled appointment, no communication.
- Late cancellations that are non-emergency.

I understand that failing to attend scheduled appointments without prior notice affects the quality of care for myself and others.



Good News Clinics Administration Team

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Signature: _____

Date: _____

Good News Clinics – Acuerdo de Política de Asistencia

Entiendo y acepto la política de asistencia en consejería como se describe:

- 1ra inasistencia: Penalización de \$5 para reprogramar
- 2da inasistencia: Penalización de \$10 para reprogramar

Inasistencias adicionales: Serás dado de baja como paciente de Good News Clinic y no podrá volver a presentar a aplicar durante 12 meses

○ **Criterios de Inasistencia:**

- No aparecer a su programada cita, sin comunicación.
- Cancelaciones de último momento que no son emergencias

Entiendo que no asistir a mis citas sin previo aviso afecta la calidad del servicio para mí y para otros pacientes.



Good News Clinics Administration Team

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Good News Clinics
Annual HIPPA Consent & Authorizations
(SeereversesideforSpanish-VerreversoparaEspañol)

Patient Name: _____ DOB _____

Consent for Treatment:

- Permission is hereby given for any medical/surgical procedures, x-rays, drug or laboratory test, medication, or exam as may be deemed necessary by the Physician, Physician Assistant, or Nurse Practitioner.
- I understand I have the right to see a Physician if I so choose and have the right to see a Physician prior to any prescription drug or device order being carried out by an Advanced Practitioner.
- In the case of an unemancipated minor, the consent below is being given on his/her behalf.

Consent to Release Medical Information to Others:

Tell us with whom we may discuss your protected health information:

(Name and relation-Example: Jane Doe, spouse; Jane Doe, child)

1) _____ 2) _____ 3) _____

If you do not authorize information to be released to anyone please check this statement.

I do not authorize any information to be released to anyone other than myself.

Authorized Messages:

I hereby authorize messages to be left on a voicemail system or answering machine.

Please check one:

I hereby authorize protected health information, such as lab results and medication information to be left on a voice mail system or answering machine.

I hereby DO NOT authorize protected health information, such as lab results and medication information to be left on a voice mail system or answering machine.

Please indicate the contact number(s) Good News Clinics' staff can utilize to leave a message for you:

1) _____ 2) _____ 3) _____

For Medical Records Release, see the separate Authorization for Release of Health Information.

Financial Responsibility:

I understand it is the responsibility of each patient to arrange for payment for the medical services received in relation to care at Good News Clinics. I hereby acknowledge my responsibility to pay for all non-covered services. I also authorize the release of any information necessary to coordinate payment and care outside of Good News Clinics.

I hereby authorize Good News Clinics or any of its affiliates, agents, contractors or business associates, to contact me (by any telephone numbers, email addresses or other contact points provided by me or on my behalf) by the use of any automatic dialing system, by pre-recorded forms of voice/messaging systems, by electronic mail owned or used by the guarantor/responsible party, by text messages, by telephone or by cell phone for reasons related to the services I received at Good News Clinics.

Signature: _____ Date: _____

Good News Clinics
Consentimiento Y Autorizaciones Anuales
(See reverse side for English)

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para tratamiento:

- Por este medio se autoriza cualquier procedimiento médico o quirúrgico, radiografía, prueba de drogas o de análisis clínicos, medicamento o examen que el médico (physician assistant), la enfermera practicante (nurse practitioner) o la enfermera partera pudiera considerar necesario. Entiendo que tengo el derecho a ver a un médico si así lo decido, y que tengo el derecho a ver a un médico antes de que un profesional con formación superior implemente la orden para un dispositivo o medicamento prescrito. En el caso de un menor de edad no emancipado, el consentimiento a continuación se da en su nombre.
-

Consentimiento para divulgar información médica a un cónyuge, miembro de la familia o pareja:

Díganos con quién podemos dialogar sobre su información médica protegida:

(Nombre y relación o parentesco – por ejemplo: Juana Pérez, esposa; Ana Pérez, hija)

1) _____ 2) _____ 3) _____

Si usted no autoriza que se divulgue información a nadie, haga favor de marcar esta declaración.

No autorizo la divulgación de ninguna información a nadie que no sea yo.

Mensajes Autorizados:

Por este medio, autorizo que se dejen mensajes en un Sistema de buzón de voz o contestadora.

Por Favor Marque Uno:

Por este medio, autorizo que la información médica protegida, como resultados de laboratorio e información sobre medicamentos, se deje en un sistema de correo de voz o contestador automático.

Por este medio, NO autorizo que la información médica protegida, como los resultados de laboratorio y la información sobre medicamentos, se deje en un sistema de correo de voz o contestador automático.

Por favor, indique el (los) número(s) al (os) que el personal de GNC puede llamar para dejarle un mensaje:

1.) _____ 2) _____ 3) _____

Para la divulgación de información de expedientes médicos, consulte el formulario de divulgación de información médica.

Responsabilidad financiera:

Entiendo que cada paciente es responsable de que se haga el pago de los servicios médicos recibidos en relación a GNC. Reconozco mi responsabilidad de pagar todos los servicios no cubiertos. Asimismo, autorizo la divulgación de toda información necesaria para procesar una reclamación fuera de GNC. Los cargos para todos los menores de edad son la responsabilidad de los padres, los tutores o la persona que presente al niño para tratamiento. Por este medio autorizo a GNC o a cualquiera de sus afiliados, agentes, contratistas o socios comerciales, para que me contacten (por medio de cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro punto de contacto que yo o alguien más haya proporcionado en mi nombre) por medio de un Sistema de llamadas automáticas, por formas pregrabadas de sistemas de voz o de mensajes, por correo electrónico que sea propiedad de, o usado por, el garante o parte responsable, por mensajes de texto, por teléfono o por teléfono celular, por motivos relacionados con los servicios que recibí en GNC.

Firma: _____ Fecha: _____

Good News Clinics – Rules & Procedures Acknowledgment
(See reverse side for Spanish - Ver reverso para Español)

Patient Name: _____ **DOB** _____

Clinic Purpose and Eligibility -- I understand that:

Patient Initials:

The Good News Clinic is a nonprofit organization funded by donations, providing HALL COUNTY residents without insurance who meet Federal Poverty Level guidelines, free access to medical services.

- Falsifying information regarding my place of residence or finances on my application may be punishable by fine and imprisonment.
- If I should get insurance, Medicaid, or Medicare, **it is my responsibility to inform the clinic immediately.** • If I choose to see another doctor for my medical care, I must inform the clinic and have my care transferred to that provider. I will be discharged from Good News Clinics if it is discovered that I am being seen by another physician
- I have the opportunity to assist the clinic through my personal donations in the collection boxes located in the reception and exam rooms.

Appointments and No-Show Policy -- I understand that:

Patient Initials:

- The clinic operates on an appointment schedule and that if I walk in without a scheduled appointment, I will not be able to be seen, unless there is a cancellation. Appointment times are valuable and I must make every effort to keep my appointments, as scheduled.
- I may have to wait for another appointment, due to the limited physician schedule.
- On occasion, due to emergencies, I may not be seen at my appointment time or may be seen by a different doctor.
- I must bring all medications with me to all appointments.
- New patients must not miss your 1st appointment, it can only be rescheduled once if there is a valid reason.
- You must notify us 24 hours prior to your appointment if you will not be able to make it; otherwise, it will be counted as a missed appointment.
- Patients arriving more than 15 minutes late for an appointment will be counted as a no show and must reschedule their appointment.
- Established patients that miss 3 scheduled appointments (NO SHOWS) and/or have excessive cancellations, will be automatically dismissed as a patient from the Good News Clinic and will not be eligible to re-apply for 1 year.
- Children are not allowed in exam rooms for safety - please make babysitting arrangements prior to appointment.

Patient Health Responsibility and Behavior Requirements -- I understand that:

Patient Initials:

- It is my responsibility to cooperate in my medical treatment to improve my health. This may include stopping smoking/alcohol, losing weight, exercising, taking medication as instructed, keeping scheduled appointments and other instructions as indicated by my doctor. If I make no effort in my own health actions, I may be discharged from the clinic.
- The providers in the clinic are volunteers and not being paid for their time. They are here because they share the vision of the Good News Clinics and choose to be here to help me.
- It is absolutely against clinic policy to contact any clinic provider at their private practices. Anyone found doing so will be automatically dismissed from the clinic.
- I am expected to treat all staff with respect and dignity. Rudeness to any staff member is ground for immediate dismissal.

Good News Clinics – Reconocimiento de Reglas y Procedimientos
(See reverse side for English)

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Propósito y elegibilidad de la clínica -- Entiendo que:

Iniciales del paciente:

- Good News Clinics es una organización sin fines de lucro financiada con donaciones que brinda acceso gratuito a servicios médicos a los residentes del CONDADO de HALL sin seguro que cumplan con las pautas federales del nivel de pobreza. La falsificación de información sobre mi lugar de residencia o mis finanzas en mi solicitud puede ser sancionada con multa y encarcelamiento. Si obtengo un seguro, Medicaid o Medicare, **es mi responsabilidad informar a la clínica de inmediato**. Si elijo ver a otro médico para mi atención médica, debo informar a la clínica y hacer que mi atención se transfiera a ese

proveedor. Seré dado de alta de Good News Clinics si se descubre que estoy siendo atendido por otro médico.

Tengo la oportunidad de ayudar a la clínica a través de mis donaciones personales en las cajas de recolección ubicadas en las salas de recepción y examen.

Política de citas y no presentación -- Entiendo que:

Iniciales del paciente:

- La clínica opera en un horario de citas y si entro sin una cita programada, no podré ser atendido, a menos que haya una cancelación. Los horarios de las citas son valiosos y debo hacer todo lo posible para cumplir con mis citas, según lo programado.
- Es posible que tenga que esperar para otra cita debido al horario limitado del médico.
- En ocasiones, debido a emergencias, es posible que no me atiendan a la hora de mi cita o que me atienda un médico diferente.
- Debo llevar todos los medicamentos a todas las citas.
- Los pacientes nuevos no deben faltar a su primera cita, solo se puede reprogramar una vez si existe una razón válida.
- Debe notificarnos 24 horas antes de su cita si no podrá asistir; de lo contrario, se contará como una cita perdida.
- Los pacientes que lleguen más de 15 minutos tarde a una cita se contarán como no presentarse y deben reprogramar su cita.
- Los pacientes establecidos que falten a 3 citas programadas (NO SHOWS) y / o tengan cancelaciones excesivas, serán automáticamente despedido como paciente de Good News Clinic y no será elegible para volver a presentar nua solicitud durante 1 año.
- No se permiten niños en las salas de examen por seguridad. Por favor, haga arreglos para el cuidado de niños antes de la cita.

Iniciales del paciente:

Requisitos de comportamiento y responsabilidad de la salud del paciente -- Entiendo que:

- Es mi responsabilidad cooperar en mi tratamiento médico para mejorar mi salud. Esto puede incluir dejar de fumar / beber alcohol, perder peso, hacer ejercicio, tomar los medicamentos según las instrucciones, cumplir con las citas programadas y otras instrucciones que indique mi médico. Si no hago ningún esfuerzo en mis propias acciones de salud, es posible que me den de alta de la clínica.
- Los proveedores de la clínica son voluntarios y no se les paga por su tiempo. Están aquí porque comparten la visión de las Clínicas Buenas Nuevas y eligen estar aquí para ayudarme.
- Es absolutamente contrario a la política de la clínica ponerse en contacto con cualquier proveedor de la clínica en sus consultorios privados. Cualquiera que sea encontrado haciéndolo será despedido automáticamente de la clínica.
- Se espera que trate a todo el personal con respeto y dignidad. La mala educación con cualquier miembro del personal es motivo de despido inmediato.

Good News Clinics – Rules & Procedures Acknowledgment
(See reverse side for Spanish - Ver reverso para Español)

Health Access Referrals -- I understand that:

Patient Initials:

- I am allowed to see Good News Clinic doctors and specialists referred through Health Access only.
 - If I am referred to the hospital, urgent care, or emergency room, I will be responsible for the charges associated with the visit.
 - There may be uncovered fees for biopsies, labs, pathology, and interpretation of pulmonary function tests through Health Access.
- No shows to Health Access appointments will not be tolerated and I will be dismissed from the program for missing an appointment.
- Health Access is not responsible for associated bills with extra procedures or other referrals.
- Referrals secondary to your initial Health Access referral may not be covered.
- I am responsible for calling Health Access with additional appointments or secondary referrals after initial referral or imaging.

Lab Tests -- I understand that:

Patient Initials:

- If I have lab testing done, I will be notified of the results at my next appointment.
- Should results be abnormal and require a change in therapy, I will be notified by the nurse.

Notice of Privacy Practices -- I understand that:

Patient Initials:

- I acknowledge that I am aware of the Good News Clinics' Notice of Privacy Practices. We may use or share your medical information with personnel involved in your care at the Clinics. We may also disclose your medical information to entities outside the Clinics, for purposes of treatment, payment or healthcare operations related to my services with the Clinics .
- Good News Clinics privacy policy is posted in the clinic and available on our website at: www.goodnewsclinics.org
- I can ask for a paper copy of this notice at any time and will be provided with one.

Signature of Patient or Legal Representative

Today's Date

Good News Clinics – Reconocimiento de Reglas y Procedimientos
(See reverse side for English)

Referencias de acceso a la salud -- Entiendo que:

Iniciales del paciente:

- Solo puedo ver a médicos de Good News Clinics y especialistas de referidos a través de Health Access
- Si me remiten al hospital, atención de urgencia o sala de emergencias, seré responsable de los cargos asociados con la visita.
- Puede haber tarifas no cubiertas para biopsias, laboratorios, patología e interpretación de pruebas de función pulmonar a través de Health Access.
- No se tolerará ninguna falta a las citas de Health Access y seré despedido del programa por faltar a una cita. Health Access no es responsable de las facturas asociadas con procedimientos adicionales u otras referencias. Referencias secundarias a su cita original posiblemente no serán cubiertas por Health Access. Yo soy responsable de llamar a Health Access con citas adicionales o referencias secundarias después a la referencia inicial o de imágenes.

Pruebas de laboratorio -- Entiendo que:

Iniciales del paciente:

- Si me hacen pruebas de laboratorio, se me notificarán los resultados en mi próxima cita.
- Si los resultados son anormales y requieren un cambio en la terapia, la enfermera me lo notificará.

Aviso de prácticas de privacidad -- Entiendo que:

Iniciales del paciente:

- Al firmar a continuación, reconozco que estoy enterado del Aviso de GNC sobre las prácticas de protección de la Privacidad. Es posible que usemos o compartamos su información médica con el personal involucrado en su cuidado en la GNC, también es probable que divulguemos su información a entidades fuera de la clínica, para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica relacionadas con servicios con la clínica GNC.
- La política de privacidad de Good News Clinics está publicada en la clínica y disponible en nuestro sitio web en: www.goodnewsclinics.org
- Puedo solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento y se la proporcionará.

Firma del paciente o representante legal

Fecha de hoy

GOOD NEWS CLINICS - DENTAL HEALTH HISTORY

NAME/NOMBRE: _____ DATE/FECHA: _____

Name of the last dentist you saw?/Nombre del ultimo dentista que vio _____.

YES/SI

NO

1. Do you have pain in any area of your mouth?
- Tiene dolor en algun lugar de su boca?

2. Are you in good health?/Tiene Buena salud?

3. Are you under the care of a physician?
- Esta bajo el cuidado de un medico?

4. Have you been hospitalized or have had a serious illness -
within the past five years?/ Ha estado hospitalizado o ha tenido una enfermedad seria en los ultimos cinco años?

5. Do you smoke? Fuma?

6. Are you taking any medications? If yes, please list them. /Esta tomando algun medicamento? Si es si, cuales?

--	--	--

7. Have you ever taken or are you taking any of these medications?/- Usted esta tomando o toma alguno de los siguientes medicamentos?

(Please circle if YES/circule si es si)

ACTONEL / AREDIA / BONEFOS / BONIVA / DIDRONEL / FOSAMAX / OSTAC / SKELID / ZOMENTA

8. Are you allergic or have you reacted adversely to any of the following medications Es usted alergico o ha tenido una reaccion s
con alguno de los siguientes medicamentos?

(Please circle if YES/circule si es si)

ASPIRIN/ASPIRINA
SULFUR/SULFA

PENICILLIN/PENICILINA
CODEINE/CODEINA

LATEX/HULE
LOCAL ANESTHETIC/ANESTESIA LOCAL

9. Have you ever had?/ Usted ha tenido(P?l ease circle if YES/circule si es si)

Heart attack/ Ataque al Corazon	Heart trouble/Problemas del Corazon	Stroke/ Derrame Cerebral
High blood pressure/Alta Presion	Rheumatic Fever/Fiebre Reumatica	Convulsions/Convulsiones
Diabetes/Diabetes	Glaucoma/Glaucoma	Ulcers/Ulceras Blood
Hepatitis/Hepatitis	Venereal Diseases/Enfermedad Venerea	transfusion/Transfusión de Sangre
Tumor or Growth/Tumor o Crecimiento	Arthritis/Arthritis	Cancer, Chemotherapy or Radiation
Kidney Disease/Enfermedad de los Riñones	Epilepsy/Epilepsia	Tuberculosis/Tuberculosis
Anemia/Anemia	HIV or AIDS/ HIV sida	

FOR WOMEN ONLY

YES/SI

NO

10. Are you pregnant? /Esta embarazada?
What month/Que Mes _____

11. Are you taking birth control pills/Esta tomando anticonceptivos?

THIS PAGE IS INTENTIONALLY LEFT BLANK
ESTA PAGINA SE HA DEJADO INTENCIONALMENTE EN BLANCO

Good News Clinics Patient Needs Assessment
Evaluacion de las Necesidades del Paciente de la Clinica Good News

Patients Name: _____

Telephone Number: _____

Nombre del paciente: _____

Telefono: _____

Date of Birth/fecha de nacimiento: _____

Which of the following services do you need assistance with? (Check all that apply)

¿Con cuál de los siguientes servicios necesita ayuda? (Marque todo lo que corresponda)

Applying for government benefits:

- ❖ Food assistance (e.g., food banks, SNAP, TANF) _____
Asistencia alimentaria (p. ej., bancos de alimentos, SNAP, TANF) _____

Educational programs

- ❖ Clase de Ingles _____ GED _____
Job training _____ Capacitación laboral _____
- ❖ Help with financial aid applications for colleges _____

Other Needs

- ❖ Financial assistance (e.g., utility bills) _____
Asistencia financiera (por ejemplo, facturas de servicios públicos) _____
- ❖ Transportation resources to medical appointments _____
Recursos de transporte _____

Social Security Benefits.

- ❖ Assistance with applications for Social Security Retirement, Social Security Disability, and Spousal Death Benefits.

VA Benefits

Veterans with honorable, less-than-honorable, or other-than-honorable discharges may still be eligible for certain benefits. Department of Veterans Affairs (VA) assesses each case based on the specific circumstances surrounding a veteran's service and discharge. Each discharge is evaluated individually. Benefits such as healthcare, disability compensation, and housing assistance may be available through a review of the Character of Discharge or by applying for a discharge upgrade.

- ❖ Assistance with applying for Veteran Services (e.g., Veteran Pension & Disability Benefits, Veteran/Spouse Burial, Veteran Aid & Attendance, Shelter, Mentor Program, Blind or Visually Impaired, Transportation & Financial Aid)

Domestic Violence

- ❖ Domestic violence support _____ Apoyo para la violencia doméstica _____

Human Trafficking

- ❖ Are you a victim of Human Trafficking? _____ ¿Es usted víctima de la trata de personas? _____

I, _____, authorize Good News Clinics to share my personal information with relevant agencies and organizations to help address my social needs. I understand that my information will only be shared with entities directly involved in providing the assistance I seek. I acknowledge that this authorization does not guarantee the receipt of the requested services.

Signature _____

Date _____

Yo, _____, autorizo a Good News Clinics a compartir mi información personal con agencias y organizaciones relevantes para ayudar a abordar mis necesidades sociales. Entiendo que mi información solo se compartirá con entidades directamente involucradas en brindar la asistencia que busco. Reconozco que esta autorización no garantiza la recepción de los servicios solicitados.

Firma: _____

Fecha: _____