



# CLINIC PROGRAM PARTICIPANT FORM

REQUIRED DOCUMENTATION TO APPLY FOR MEDICAL ASSISTANCE.  
DOLCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOLICITAR ASISTENCIA MEDICA.

REV. FEB.2019

## Ruth's Place

### Patient Information and History/Información e Historia del Paciente

Date/Fecha \_\_\_\_\_

NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ RACE/RAZA \_\_\_\_\_

ADDRESS/DIRECCION: \_\_\_\_\_

City, State, Zip Code/Ciudad, Stat, Código Postal: \_\_\_\_\_ , TX \_\_\_\_\_

**PROOF OF RESIDENCY CONFIRMED EVERY SIX (6) MONTHS.  
COMPROBANTE DE RESIDENCIA CONFIRMADO CADA SEIS (6) MESES.**

PHONE/TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ALTERNATE PHONE/OTRO TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

PATIENT EMAIL ADDRESS/CORREO ELECTONICO: \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY NUMBER/NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (SI APLICA A USTED)

Gender/Genero: \_\_\_ Male/Masculino \_\_\_ Female/Femenino \_\_\_ Other/Otra

PREFERRED LANGUAGE/IDIOMA QUE PREFIERE:

English/Inglés     Spanish/Español     Other/Otro: \_\_\_\_\_

**Do we have permission to leave a message on your voice mail regarding your healthcare?**

*Nos autoriza dejarle mensajes en su teléfono o contestadora con respecto a su salud?*

*(i.e. lab results, instructions, etc./Ej. Resultados de laboratorio, instrucciones, etc.)*

**Yes/Sí**     **No/No**

Comments/Comentarios: \_\_\_\_\_

**CONTACT INFO FOR SOMEONE WHO WILL ALWAYS KNOW HOW TO GET IN TOUCH WITH YOU.**

*NOMBRE Y TELEFONO DE ALGUNA PERSONA QUE SABE COMO CUMUNICARNOS CON USTED.*

NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP/Relación: \_\_\_\_\_

PHONE/TELEFONO: \_\_\_\_\_



**CLINIC PROGRAM PARTICIPANT FORM**

**REQUIRED DOCUMENTATION TO APPLY FOR MEDICAL ASSISTANCE.**

**DOLCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOLICITAR ASISTENCIA MEDICA.**

REV. FEB.2019

**Ruth's Place**

**HAVE YOU BEEN TO THE EMERGENCY ROOM (ER) IN THE LAST 12 MONTHS?**

¿ HA ASISTIDO A EMERGENCIAS MEDICAS (ER) EN LOS ULTIMOS 12 MESES?  **Yes/Si**  **No/No**

If YES, why & where? /Si, la respuesta es Si, porque y donde? \_\_\_\_\_

How many times? /Cuántas veces? \_\_\_\_\_

Is this a work-related injury? /Es esta una lesión relacionada con el trabajo?  **Yes/Si**  **No/No**

Veteran Status /Veterano:  **Yes/Si**  **No/No**

**PROOF OF ADDRESS/COMPROBANTE DE RESIDENCIA:**

I live in Hood County/ Vivo en el Condado de Hood

I live in \_\_\_\_\_ County/Vivo en \_\_\_\_\_ Condado

Utility bill with patient name & address/ Un recibo de la luz con el nombre del solicitante

Rental or lease agreement with patient's name/Contrato o recibo de la renta el nombre del solicitante

Photo ID: Passport or Driver's License/Comprobante de identificación: Pasaporte o licencia de manejar

**Number of People in Household/ CUÁNTOS PERSONAS EN EL HOGAS**

Total #/# en Hogar: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ Adults/Adultos & \_\_\_\_\_ Children/Niños)

Housing Status/Vivienda: \_\_\_\_\_ Own a home/dueño de casa \_\_\_\_\_ Rent a home/Renta

\_\_\_\_\_ Stay with family/friends/Vive con familiares o Amistades

\_\_\_\_\_ Homeless/Sin Hogar \_\_\_\_\_ Other/Otro

**GROSS INCOME/COMPROBANTE DE INGRESOS:**

**Before** payroll deductions; for **everyone** living in the home 18 years & older. /**Antes** de deducciones; de **cada persona** que vive en el hogar de 18 anos de edad omas.

**Less than \$10,000 per year/Menos que \$10,000 pol año**

**\$10,000. - \$20,000 per year/\$10,000 - \$20,000 pol año**

**\$20,000 - \$40,000 per year/\$20,000 - \$40,000 pol año**

**WHAT BEST DESCRIBES YOUR CURRENT EMPLOYMENT STATUS? /¿ CUALDE LAS SIGUIENTES DESCRIBE MEJOR SU SITUACION DE EMPLEO ACTUAL?**

**Unemployed/Sin trabajo/desocupado**  **Employed Full time/Trabajo Full time**

**Employed Part Time/ Trabajo Part Time**  **Self Employed/Trabajo propio, autónomo**

**Retired/Retirado**  **Other/Otro**

