

oregon **contraceptive** care

ENROLLMENT FORM

Ejemplos de los **Servicios Cubiertos por CCare**

- Exámenes anuales y su opción de métodos de planificación familiar
- Pastillas anticonceptivas de emergencia (las PAE)
- Consejo y educación de planificación familiar
- Consultas regulares de métodos anticonceptivos
- Vasectomía

Ejemplos de **Servicios No Cubiertos por CCare**

- Tratamiento para infecciones transmitidas sexualmente
- Confirmación del embarazo para el Plan de Salud de Oregon
- Ligadura de trompas o Essure®
- Tratamiento para las infecciones de la vejiga

1 ¿Como se entero de nosotros ? **(marque todas las que apliquen)**

<input type="checkbox"/> Un anuncio en el camion, el tren or en la caseta de la parada del camion	<input type="checkbox"/> Ha estado aqui antes
<input type="checkbox"/> La red de CCare	<input type="checkbox"/> Un poster
<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> En el cine
<input type="checkbox"/> Guía de bolsillo	<input type="checkbox"/> facebook®
<input type="checkbox"/> El otro: _____	<input type="checkbox"/> Amigo o familiar

2 Apellido	3 Primer Nombre	4 Segundo Nombre
------------	-----------------	------------------

5 Domicilio: (Dirección de calle)	6 Ciudad	7 Estado
-----------------------------------	----------	----------

8 Codigo Postal	9 ¿Ha estado esterilizada(o) por más de seis meses? <small>(ligadura de trompas, Essure®, histerectomía, vasectomía)</small>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

10 ¿Vive en Oregon? Sí No

Estatus de ciudadanía: **(verifique sólo una caja)**

11 Ciudadano(a) de los Estados Unidos **O** 12 Residente legal permanente por lo menos para cinco años

13.a ¿Tiene Ud seguro médico privado ? Sí No

13.b ¿Tiene el Plan de Salud de Oregon (OHP) o en de Niños Saludables (Healthy Kids)? Sí No

14 Número de personas en el hogar:		Salario \$ _____
	Seguro Social, Ingreso de Incapacidad, o, Beneficios de Desempleo	\$ _____
	Otros Ingresos	\$ _____
	Ingreso Mensual Bruto:	\$ _____

16 Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____	17 Número de Seguro Social # ____ / ____ / ____ <small>(Si usted es un joven y no sabe su SSN, solicitar a la clínica para ayudarlo.)</small>
-------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Declaro bajo penalidad de castigo que la información que he provehido es correcta y completa de acuerdo a mi conocimiento. Yo entiendo que CCare paga para servicios de control de fertilidad para prevenir el embarzo, y si yo recibo servicios no cubiertos por el programa de CCare yo seria responsable de los pagos. He sido informado/da que posiblemente califique para el programa de Medical (OHP) o Healthy Kids, y he recibido información acerca de servicios locales de cuidado primario y seguro médico. Entiendo y verifico que mi número de seguro social (SSN), o otra información que he provehido en esta forma para verificar mi identidad y ciudadanía será entregada al Autoridad de Salud de Oregon (OHA) para el propósito de determinar elegibilidad para el programa de Cuidado de Anticonceptivos de Oregon (CCare). He recibido una copia de la Notificación que explica como será usado mi número de seguro social (SSN) y otra información.

18 Firma del Cliente _____	19 Fecha de la Firma _____
----------------------------	----------------------------

20 El cliente indica necesidad de confidencialidad, y si es pertinente al seguro medico privado no se le cobrará. Clinic Staff: Code "NC" in box 17a of CVR regardless of insurance coverage.	Iniciales del cliente indicando confidencialidad
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

FOR CLINIC STAFF USE ONLY

21 Agency #

22 Clinic/Site #

23 Primary Care information offered Yes

24 OHP information offered Yes

25 Title X: Client pays _____ % per sliding fee scale for non-CCare-covered service

26 Staff initials

CCare CITIZENSHIP AND IDENTITY VERIFICATION

Document verification of citizenship and identity below. Create new record or update current record in database as needed.

CITIZENSHIP DOCUMENTATION

IDENTITY DOCUMENTATION

PENDING

PENDING

27 Oregon Birth Information Form (CCare-103) completed by client
 Enter into CCare Eligibility Database for electronic check
 - State staff will update database if citizenship is verified

OR

28 Out-of-state birth record request completed by client
 Send request to State Family Planning Program
 - Clinic staff will update database if citizenship is verified

OR

29 Client will supply citizenship document

33 Client will supply identity document
 By date _____

VERIFIED

VERIFIED

30 Citizenship listed as verified in CCare Eligibility Database

OR

31 Citizenship document witnessed and copied
 Check Tier: Tier 1 Tier 2 Tier 3 Tier 4
 (Tier 1 satisfies identity verification)

32 Information entered in CCare Eligibility Database

Date _____ Initials _____

34 Identity listed as verified in CCare Eligibility Database

OR

35 Identity document witnessed and copied
 (Required with citizenship document Tier 2, 3, or 4)

36 Information entered in CCare Eligibility Database

Date _____ Initials _____

37 **Qualifies for CCare** Y N

38 **CCare ID#**

The CCare ID# is REQUIRED for reimbursement. Complete items 37, 39 and 40 only if citizenship and identity have been verified and client is eligible for full year of CCare coverage.

39 **Eligible FROM date**

40 **Eligible TO date**

41 Record client request for special confidentiality (be sure notation meets legal standard "at risk of emotional or physical harm")

42 Clinic use (optional)