

# oregon **contraceptive care**

## FORMULARIO de INSCRIPCIÓN

### Ejemplos de los Servicios Cubiertos por CCare

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exámenes anuales y su opción de métodos de planificación familiar</li> <li>▪ Pastillas anticonceptivas de emergencia (las PAE)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consejo y educación de planificación familiar</li> <li>▪ Consultas regulares de métodos anticonceptivos</li> <li>▪ Vasectomía</li> </ul> |
|--|---|

### Ejemplos de Servicios No Cubiertos por CCare

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento para infecciones transmitidas sexualmente</li> <li>▪ Confirmación del embarazo para el Plan de Salud de Oregon</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ligadura de trompas o Essure®</li> <li>▪ Tratamiento para las infecciones de la vejiga</li> </ul> |
|--|--|

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

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

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? (ligadura de trompas, Essure®, histerectomía, vasectomia) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10 ¿Vive en Oregon? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 ¿Tiene seguro de salud o cobertura médica que no es del Plan de Salud de Oregon (OHP)?  Sí  No

14 Número de personas en el hogar:	15	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">Salario</td> <td style="text-align: left;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Seguro Social, Ingreso de Incapacidad, o, Beneficios de Desempleo</td> <td style="text-align: left;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Otros Ingresos</td> <td style="text-align: left;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ingreso Mensual Bruto:</td> <td style="text-align: left;">\$ _____</td> </tr> </table>	Salario	\$ _____	Seguro Social, Ingreso de Incapacidad, o, Beneficios de Desempleo	\$ _____	Otros Ingresos	\$ _____	Ingreso Mensual Bruto:	\$ _____
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 ayudarle.)</small>
---	--

Declaro bajo penalidad de castigo que la información que he provehido es correcta y completa de acuerdo a mi conocimiento. He sido informado/da que posiblemente califique para Medical (OHP) y he recibido información acerca de servicios locales de cuidado primario y cobertura médica. Entiendo y verifico que mi número de seguro social (SSN), otra información en esta forma e información que he provehido para verificar mi identidad y ciudadanía será entregada al Departamento de Servicios Humanos (DHS) 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. <small>Clinic Staff: Code "NC" in box 17a of CVR regardless of insurance coverage.</small>	Iniciales del cliente indicando confidencialidad
---	--

## FOR CLINIC STAFF USE ONLY

21 Agency #

22 Clinic/Site #

23 Primary Care information offered  Y  N

24 OHP information offered/provided  Y  N

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)