

FAMILY PLANNING EXPANSION PROJECT (FPEP) ENROLLMENT FORM



1 Ejemplos de los Servicios Cubiertos por FPEP

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

Ejemplos de Servicios No Cubiertos por FPEP

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

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

5 Domicilio: (Dirección de calle)

6 Ciudad	7 Estado	8 Zona Postal
----------	----------	---------------

9 ¿Ha estado esterilizada(o) por más de seis meses? (ligadura de trompas, Essure®(metodo de anticoncepción permanente), histerectomía, vasectomia) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10 ¿Vive en Oregon? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

11 ¿Es Ud. Ciudadano (a) de los Estados Unidos? Sí No *Si ud. NO es un Ciudadano de los Estados Unidos, por favor contestar la siguiente pregunta*

12 ¿Es Ud. residente legal permanente que llegó a los Estados Unidos hace 5 años? Sí No

13 ¿Teine seguro de salud que cubre servicios de planificación familiar? Sí No

14 Número de personas en el hogar:	Salario \$ _____
	TANF/SSI/Seguro Social/Ingreso de Incapacidad \$ _____
	Beneficios de Desempleo \$ _____
	Pensión por Divorcio \$ _____
	Otros Ingresos \$ _____
	15 Ingreso Mensual Bruto: \$ _____

16 Fecha de Nacimiento ___/___/___	17 Número de Seguro Social # ___ ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___
------------------------------------	--

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 Planificación Familiar (FPEP). He recibido una copia de la Notificación que explica como será usado mi número de seguro social (SSN) y otra información.

18 Firma del paciente _____	19 Día 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 provided Y N

24 OHP information provided Y N

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

26 Staff initials _____

FPEP 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 Client will supply citizenship document
- At or before next visit
 - By date _____
- OR**
- 28 Oregon Birth Information Form (FPEP103) completed by client
- Enter into FPEP Eligibility Database for electronic check
 - State staff will update record if citizenship is verified
- Date _____ Initials _____

- 32 Client will supply identity document
- At or before next visit
 - By date _____
- OR**
- 33 Oregon Birth Information Form (FPEP103) completed by client
- Enter into FPEP Eligibility Database for electronic check
 - State staff will update record if identity is verified
- Date _____ Initials _____

VERIFIED

VERIFIED

- 29 Citizenship listed as verified in FPEP Eligibility Database
- OR**
- 30 Citizenship document witnessed and copied
- Check Tier Tier 1 Tier 2 Tier 3 Tier 4
- (Tier 1 satisfies identity verification)
- 31 Information entered in FPEP Eligibility Database
- Date _____ Initials _____

- 33 Identity listed as verified in FPEP Eligibility Database
- OR**
- 34 Identity document witnessed and copied
- (Required with citizenship document Tier 2, 3, or 4)
- 35 Information entered in FPEP Eligibility Database
- Date _____ Initials _____

36 **Qualifies for FPEP** Y N

37 **FPEP ID#** _____

The FPEP ID# is REQUIRED for reimbursement. Complete items 36, 38 and 39 only if citizenship and identity have been verified and client is eligible for full year of FPEP coverage.

38 **Eligible FROM date** _____

39 **Eligible TO date** _____

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

41 Clinic use (optional)