

HEALTHPAY APPLICATION



1 TELL US ABOUT YOURSELF

FIRST NAME:	MIDDLE INITIAL:	LAST NAME:	DATE OF BIRTH:	SOCIAL SECURITY NUMBER:	RACE:	<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
STREET ADDRESS:		APT #	PO BOX	CITY	STATE:	ZIP CODE:
					PHONE #:	ARE YOU APPLYING FOR YOURSELF? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
					CELL#:	

2 LIST ALL HOUSEHOLD MEMBERS (SPOUSE, CHILDREN UNDER 19, ETC.)

NAME:	DATE OF BIRTH:	SOCIAL SECURITY NUMBER:	RACE:	RELATIONSHIP TO YOU:	ARE YOU APPLYING FOR THIS PERSON? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
NAME:	DATE OF BIRTH:	SOCIAL SECURITY NUMBER:	RACE:	RELATIONSHIP TO YOU:	ARE YOU APPLYING FOR THIS PERSON? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
NAME:	DATE OF BIRTH:	SOCIAL SECURITY NUMBER:	RACE:	RELATIONSHIP TO YOU:	ARE YOU APPLYING FOR THIS PERSON? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
NAME:	DATE OF BIRTH:	SOCIAL SECURITY NUMBER:	RACE:	RELATIONSHIP TO YOU:	ARE YOU APPLYING FOR THIS PERSON? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
NAME:	DATE OF BIRTH:	SOCIAL SECURITY NUMBER:	RACE:	RELATIONSHIP TO YOU:	ARE YOU APPLYING FOR THIS PERSON? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

DOES ANYONE PAY CHILD SUPPORT? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	IF YES, WHO?	HOW MUCH? \$	HOW OFTEN?
DOES ANYONE HAVE INSURANCE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	IF YES, WHO?	WHAT KIND?	PLEASE PROVIDE A COPY OF ALL INSURANCE CARDS
IS ANYONE PREGNANT? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	IF YES, WHO?		

3 INCOME INFORMATION

IS ANYONE IN THE HOME WORKING OR RECEIVING OTHER INCOME? YES NO

WHO?	HOW OFTEN ARE YOU/THEY PAID? <input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/>	Please provide us with all household proof of income for the past month including: • Check stubs • Unemployment • Other	If you do not have any income, please explain how you support yourself: <input type="checkbox"/> I live with family or friends <input type="checkbox"/> Other _____
WHO?	HOW OFTEN ARE THEY PAID? <input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/>		
WHO?	HOW OFTEN ARE THEY PAID? <input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/>		

4 SIGNATURE

The information above is correct to the best of my knowledge. I understand the information on this application will be reviewed by CFH and used to process my application.

YOUR SIGNATURE: _____ DATE: _____

I authorize the release of HealthPay information to Foote Hospital for purposes of paying for my medical bills.

5 RETURN APPLICATION TO:

CENTER FOR FAMILY HEALTH
 505 N. JACKSON STREET
 JACKSON, MI 49201
 ATTENTION: FSA

FOR OFFICE USE ONLY			
ACCT:	INCOME:		
EFFECTIVE	BY:		
FP:	DENIED:	REASON:	
NOTES:			

APLICACION DE HEALTHPAY



1 DIGANOS DE USTED

NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	APELLIDO:	FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	RAZA:	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
DIRRECCIÓN DONDE RECIBE CORREO:			APT #	PO BOX	CIUDAD	ESTADO:
			CODIGO POSTAL:	TELÉFONO#:	¿ESTA APLICANDO PARA USTED? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
				CELULAR#:		

2 PONGA A TODOS MIEMBROS QUE VIVEN EN SU CASA (ESPOSA, HIJOS Y MENORES DE 19, ETC.)

NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	RAZA:	RELACIÓN A USTED:	¿ESTA USTED APLICANDO PARA ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	RAZA:	RELACIÓN A USTED:	¿ESTA USTED APLICANDO PARA ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	RAZA:	RELACIÓN A USTED:	¿ESTA USTED APLICANDO PARA ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	RAZA:	RELACIÓN A USTED:	¿ESTA USTED APLICANDO PARA ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	RAZA:	RELACIÓN A USTED:	¿ESTA USTED APLICANDO PARA ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿PAGA ALGUIEN ASISTENCIA POR NIÑO QUE NO VIVEN EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	¿QUIEN?	¿CUANTO? \$	¿QUE TIPO CADA CUANDO?
¿ALGUNA PERSONA EN SU CASA TIENE ASEGURANSA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	¿QUIEN?	¿QUE TIPO?	POR FAVOR DE PROVEER UNA COPIA DE TODAS LAS TARJETAS DE ASEGURANSAS QUE TENGA.
¿ESTA ALGUIEN EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	¿QUIEN?		

3 INFORMACION DE INGRESOS

¿RECIBE OTRO TIPO DE INGRESOS? SI NO

¿QUIEN?	¿CADA CUANDO LE PAGAN? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/>	Por favor de proveernos <u>todos</u> los ingresos que recibe o haiga recibido en el ultimo mes: • Talonarios de cheques • Desempleo • Estado de cuentas • Otra tipo de ingresos	Si no tiene o recibe ningún tipo de ingresos por el momento, favor de explicar como se mantiene: <input type="checkbox"/> Ya sea que viva con familiares o amigos <input type="checkbox"/> Otros _____
¿QUIEN?	¿CADA CUANDO LE PAGAN? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/>		
¿QUIEN?	¿CADA CUANDO LE PAGAN? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/>		

4 FIRMA

La información de arriba sido llenada lo mas correcto a mi conocimiento. Yo entiendo que la información de arriba tiene que ser revisada por medio de CFH y la información será usada para el procedimiento de mi aplicación

SU FIRMA: _____ FECHA: _____

5 REGRESE SU APLICACION A:

CENTER FOR FAMILY HEALTH
 505 N. JACKSON STREET
 JACKSON, MI 49201
 ATTENTION: FSA

FOR OFFICE USE ONLY			
ACCT:	INCOME:		
EFFECTIVE	BY:		
FP:	DENIED:	REASON:	
NOTES:			