

Applications accepted Thursday and Friday 9am-1pm

Community Health Outreach is a medical and dental clinic for people who are uninsured and financial insecure. Please fill out the information below with the necessary documents. Applicants are NOT to be considered without the proper documents. All patients who are eligible for medical care are automatically also eligible for dental services with this application. Thank you for your cooperation, and we look forward to serving you.

MEDICAL PATIENT ELIGIBILITY:

In order to qualify to be a patient of the Medical Clinic you MUST be a **Duval County resident** AND meet the below criteria.

CLINIC PATIENT ELIGIBILITY (Medical and Dental):

- Not have any form of medical coverage through Medicaid or any form of medical insurance. We cannot accept patients who have any Share of Cost Medicaid plans or any form of Medicaid
- Qualify as living below 200% of Federal Poverty Guidelines (reviewed with application—see documents needed for proof of income below)

PLEASE PROVIDE ONE OF THE FOLLOWING FOR INCOME VERIFICATION:**Pay stubs:**

1. for self, spouse or significant other for the last 30 days (most recent)
2. If you get paid every week, your last four check stubs are needed.
3. If you get paid every two weeks, your last two check stubs are needed.
4. If you get paid cash, a notarized letter from your employer with the company's letterhead is accepted.

OR Bank statements:

1. If you cannot provide check stubs, we will accept bank statements from the last 2 months.

OR SS or SSI:

2. A copy of the current year Awards Letter

Zero Income: Letter of Support (last page of application packet)

Notarized Statement from person that is providing room, board and groceries

If you receive **Child Support, Alimony** or a **Settlement**, you need a recent printout of income received for that month.

Any additional questions you may have, please feel free to contact us. **Once your application is completed and you have collected the required documents, please call to schedule an appointment for eligibility screening.**

Aplicaciones aceptado Martes y Jueves 9am – 1pm

Community Health Outreach es una clínica dental y médica para personas que no tienen seguro y necesitan servicios médicos y dentales. Complete la siguiente información con los documentos necesarios. Las solicitudes NO deben ser consideradas sin los documentos adecuados. Gracias por su cooperación y esperamos poder servirle.

Community Health Outreach provee un servicio integral de salud, asistencia alimenticia y centro de ayuda para el embarazo para los residentes en necesidad en el condado de Duval.

Para ser paciente de nuestra clínica medica usted debe ser residente del condado de Duval, sin ningún tipo de seguro de salud. Incluso NO aceptamos ningún tipo de Medicaid con gastos compartidos o cualquier forma de Medicaid.

VERIFICACION DE INGRESOS/PRUEBA DE INGRESOS

- El aplicante, esposo(a) o familiar que viva con el aplicante de los últimos 30 días.
- Si le pagan semanalmente, se necesitan los 4 últimos recibos de pago.
- Si le pagan quincenal, se necesitan los 2 últimos recibos de pago.
- Si NO puede proveer los recibos de pago, aceptamos 2 meses de estados de cuenta bancarios.
- Si Ud. recibe pago en efectivo, aceptamos una carta de trabajo membretada de la compañía para la que trabaja, firmada y notariada.
- Si UD. recibe ingresos a través del Seguro Social o por estado de discapacidad (SSI), se necesita la carta de aprobación del año en curso.
- Si UD. recibe manutención por menores, pensión alimenticia o algún acuerdo económico por pensiones, se necesita el recibo impreso más reciente de este pago.
- Carta de apoyo: Si alguien te apoya económicamente con comida, refugio, o necesidades personales, necesitamos una carta (última página de este paquete) de la persona que lo está apoyando y necesita ser notariada.

Cualquier pregunta adicional que tenga, por favor no dude en contactarnos. **Una vez que haya completado su solicitud y haya recopilado los documentos requeridos, llame para programar una cita para la evaluación de elegibilidad.**



PRE –QUALIFICATION QUESTIONNAIRE

DATE: ____/____/____

NAME: _____, _____, _____
 Last First MI

ADDRESS: _____, _____, _____
 Street City Zip Code

PHONE NUMBER: _____ EMAIL: _____

DOB: ____/____/____ Male or Female
 Month/Day/Year

EMERGENCY CONTACT: _____
 Name Relationship Phone Number

REFERRED BY: _____

PLEASE CIRCLE ONE:

VETERAN: YES / NO

RACE: White Black or African American Asian
 Native American or Alaska Native Native Hawaiian or Other Pacific Islander Multi-Racial

ETHNICITY: Hispanic or Latino Non-Hispanic

WHAT IS THE PRIMARY REASON YOUR VISIT?

DO YOU HAVE INSURANCE OR MEDICAID? If yes, please provide the name of your insurance provider or form of Medicaid or Medicare coverage.

HOW MANY FAMILY MEMBERS LIVE IN THE HOME? ____

LIST OF FAMILY MEMBERS:

NAME DOB RELATIONSHIP

NAME	DOB	RELATIONSHIP



HAVE YOU EVER BEEN A Healing Hands Patient? NO Yes (Date Last Visit: _____)

WHAT WAS THE TOTAL INCOME RECEIVED IN THE LAST FOUR WEEKS FOR YOU AND YOUR SPOUSE? (Include all employment, social security, child support, etc.)

\$	[Proof of this amount must be attached in the form of copies (i.e. Paystubs, Unemployment statements, Social Security statements etc., for the past four weeks) for both the person applying and spouse/partner]
----	--

IF \$0.00, WHO IS SUPPORTING YOU? (COVERING YOUR ROOM AND BOARD EXPENSES)

Last Name, First Name	<p>If \$0.00 income above, a NOTARIZED letter of support will be needed. The letter of support is the last page in the application with the title Letter of Support. The letter of support states the person (name given) is providing you with room and board but no help with medical or dental expenses.</p> <p>***An appointment can be made to have the Letter of Support notarized HERE for FREE at CHO.</p> <p>***Person providing support and signing Letter of Support will need to provide valid picture Identification.</p>
-----------------------	--

Return Questionnaire and ATTACHMENTS to Community Health Outreach by One of the FOLLOWING:

MAIL:	Community Health Outreach 5126 Timuquana Road Jacksonville, FL 32210	In Person:	Community Health Outreach 5126 Timuquana Road Jacksonville, FL 32210 Monday-Friday 9AM-1PM
-------	--	------------	---

***Please note that attachments showing Proof of Income or Proof of Support are required for evaluation. If they are not included your questionnaire will not be reviewed and you will need to resubmit the questionnaire with attachments.

For Office Use Only

Date Questionnaire Received: ____/____/____ POI LOS INCOMPLETE

Pre-Qualified? Yes No Existing Patient Yes No

Date Contacted 1) ____/____/____ 2) ____/____/____ 3) ____/____/____

Appointment Date: ____/____/____

Contacted By Medical Coordinator Dental Coordinator

QUESTIONARIO DE PRE-CUALIFICACION

FECHA: ____/____/____

NOMBRE: _____, _____, _____
Apellido Primer Segundo

DIRECCION: _____, _____, _____
(Número, Calle) Ciudad Código Postal

TELÉFONO: _____ EMAIL: _____

DOB: ____/____/____ Hombre o Mujer
Mes/Día/Año

CONACTO DE EMERGENCIA: _____
Nombre Como se relacionan contigo Teléfono

REFERIDO POR: _____

POR FAVOR CIRCILE UNO:

VETERANO: SI / NO

RAZA: Blanco Negro or Afroamericano Asiático

Indio Hawaiano nativo o Otro Isleño Pacífico Multirracial

ORIGEN ÉTNICO: Hispánico o Latino No Hispánico o Latino

¿CUAL es su RAZON PRINCIPAL para una VISITA?

¿TIENES SEGURO O MEDICAID? En caso afirmativo, tenga en cuenta que tipo de seguro tiene.

¿Cuantos miembros de la familia viven en el hogar? ____

¿Enumere sus nombres y como se relacionan con usted?

Nombre, edad, como se relacionan contigo

¿HA SIDO ALGUNA VEZ un paciente de Healing Hands? NO Sí
(¿Fecha de la última visita? _____)

¿CUÁL FUE EL INGRESO TOTAL RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS PARA USTED Y SU PAREJA? (Incluya todos los empleos, seguridad social, pensión, manutención de niños, etc.)

\$	[Prueba de esta cantidad debe adjuntarse en forma de copias (es decir, talones de pago, declaraciones de desempleo, declaraciones de Seguro Social, etc., de las últimas cuatro semanas tanto para la persona que solicita como para el pareja)]
----	--

SI \$0.00 ¿QUIÉN TE APOYA? (CUBRIENDO LOS GASTOS DE ALOJAMIENTO Y COMIDA)

Apellido, Nombre	<p>Si el ingreso es \$0.00, se necesitará una carta de respaldo CERTIFICADA POR NOTARIO. La carta de apoyo es la última página de la solicitud con el título Carta de Apoyo. La carta de apoyo indica que la persona (nombre proporcionado) le brinda alojamiento y comida, pero no ayuda con los gastos médicos o dentales.</p> <p>****Puede hacer una cita para notarizar la Carta de Apoyo AQUI en CHO GRATIS.</p> <p>***La persona que brinda apoyo y firma la Carta de Apoyo deberá proporcionar una identificación con foto valida</p>
------------------	--

Devuelva el Cuestionario y los ADJUNTOS a Community Health Outreach por uno de los SIGUIENTES:

Correo:	Community Health Outreach 5126 Timuquana Road Jacksonville, FL 32210	En Persona:	Community Health Outreach 5126 Timuquana Road Jacksonville, FL 32210 Monday-Friday 9AM-1PM
---------	--	-------------	---

***Atención requieren archivos adjuntos que muestren Prueba de Ingresos o Prueba de apoyo para la evaluación. Si no se incluyen, su cuestionario no se revisará y deberá volver a enviar el cuestionario adjunto los archivos.

Uso para Oficina

Date Questionnaire Received: ____/____/____ POI LOS INCOMPLETE
 Pre-Qualified? Yes No Existing Patient Yes No
 Date Contacted 1) ____/____/____ 2) ____/____/____ 3) ____/____/____
 Appointment Date: ____/____/____
 Contacted By Medical Coordinator Dental Coordinator



NOTARIZED Letter of Support Carta de Apoyo NOTARIADA

To Whom it may concern:

I, _____ hereby certify that I live at the following address

_____ that I provide

_____, with food, shelter, and that this person
(Name of applicant) does not have a job at this current time.

A QUIEN LE INTERESE

Yo, _____ por la presente certifico

Que resido en la siguiente direccion _____

Y que proveo a _____ con comida y albergue y que esta persona presentemente
no tiene empleo.

SIGNATURE/FIRMA _____

DATE/FECHA _____

STATE OF FLORIDA

COUNTY OF _____

Sworn (or affirmed) and subscribed before me this _____ day of _____ 20_____

By _____.

(name of signer)

Printed Name of Notary

Signature of Notary Public)

Notary Seal

Personally known _____ OR produced Identification

Type of identification produced _____