

HEALTHCARE APPLICATION - WELLNESS TREE COMMUNITY CLINIC



Name: _____ Date: _____

Date of Birth: _____ Email: _____

Home Phone: _____ Cell: _____ Work: _____

Address: _____ City: _____ St. _____ Zip: _____

Male Female If a minor, Parent's Name: _____

NOTES: Please answer all highlighted sections.

1. **Do you have Medicaid, Medicare, V.A., or other Health Insurance? Yes or No**
If you have a health insurance policy that has a \$5,000 deductible, or greater, and you cannot afford to see a doctor because of your deductible and low income, we still might be able to serve you. Subject to individual review and approval, we can see patients in this situation until their deductibles have been met. Once the deductible has been met you will no longer be eligible for our free services for the remainder of the year.

2. **How many people are in your household including you?** _____

3. **What is your average monthly or annual household income?** _____

Please circle the correct answer for the size of your household:

For a 1 person household, is your income less than \$3,190 per month? **Yes or No**

For a 2 person household, is your combined income less than \$4,310 per month? **Yes or No**

For a 3 person household, is your combined income less than \$5,430 per month? **Yes or No**

For a 4 person household, is your combined income less than \$6,550 per month? **Yes or No**

(For each additional family member: Add \$696 to monthly figure.)

NOTES: Please read the following section carefully.

- 4. I understand that I must be responsible for all written prescriptions.
- 5. I understand that I must be responsible for hospital performed procedures, unless the charges are waived by them in advance. (Waivers or Vouchers need to be in writing.)
- 6. I understand that I must be responsible for services performed by medical specialists to whom I have been referred to by any Wellness Tree Community Clinic provider, unless the charges have been waived by the provider in advance. (In writing)
- 7. I understand that the Wellness Tree Community Clinic does not do examinations or paperwork for Disability Determinations, Social Security, or Workman's Comp.

APPLICANT

WITNESS

NO SHOWS: If you fail to keep your appointment you have deprived another person the opportunity to have a Provider visit. Therefore, we require at least a 24-hour notification if you cannot keep your appointment. If you lose track of when your appointment is please call us! One (1) No-Show without prior notification will prompt us to place your name on our no-show patient list. Two (2) No-Shows without sufficient notification will eliminate you from being able to schedule future day-time appointments for the next year. (You may still come to evening walk-in clinics.)

Volunteer Health Care Provider Immunity

(Please read carefully)



TITLE 39 – 7703 of Idaho Statutes provides immunity from liability for Health Care Providers Providing Charitable Medical Care.

(1). Any healthcare provider who voluntarily provides needed medical or healthcare services to any person at a free medical clinic without compensation or the expectation of compensation due the inability of such person to pay for the services shall be immune from liability for any civil action arising out of the provision of such medical or health services.

(2). Immunity pursuant to subsection (1) of this section shall apply only if the healthcare provider and the patient execute a written waiver in advance of the rendering of such medical services specifying that such services are provided without the expectation of compensation and that the health care provider shall be immune as specified herein.

I certify that I have read and understand the above provisions of Title 39 of Idaho Statutes and that any questions I had concerning the above provisions were answered to my satisfaction.

Patient Name

Date: _____

Guardian Name (If applicable)

Date: _____

Witness

Date: _____

NOTE: A copy of Idaho Statutes Title 39 – 7703 will be provided to you if you so desire. Mark here if you would like a copy of the statute. (Y / N)

X _____
Signature of Patient (or Guardian)

APLICACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD **– WELLNESS TREE COMMUNITY CLINIC**



Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado. _____

Código Postal : _____ Si es menor de edad, Nombre de Padres: _____

NOTA: Por favor responda a todas las secciones destacadas.

1. Tiene Medicaid, Medicare, o otro tipo de seguro de salud? Si o No

Si usted tiene una póliza de seguro de salud que tiene un deducible de \$5,000 o mas, y no puede permitirse el lujo de ver a un medico a causa de su deducible y de bajos ingresos, podriamos servirle. Si son aprobados, podemos ver pacientes en esta situación hasta que cumplan su deducible. Ya que cumplan su deducible, ya no será elegible para nuestros servicios gratuitos para el resto del año.

2. Cuantas personas viven en su hogar, incluyéndo usted? _____

3. Que es su ingreso promedio mensual o anual en su hogar? _____

Por favor marque la respuesta correcta para el tamaño:

Para una casa de 1 persona, es su ingreso menos de \$3,190 por mes? **Si/No**

Para una casa de 2 personas, es su ingreso combinado menos de \$4,310 por mes? **Si/No**

Para una casa de 3 personas, es su ingreso combinado menos de \$5,430 por mes? **Si/No**

Para una casa de 4 personas, es su ingreso combinado menos de \$6,550 por mes? **Si/No**

(Para cada miembro adicional: Agregue \$696 a la cifra mensual.)

NOTA: Por favor lea cuidadosamente la siguiente sección:

4. Yo entiendo que debo ser responsable de todas las recetas escritas.

5. Yo entiendo que debo ser responsable de los procedimientos hospitalarios realizado, a menos que los cargos no se aplican por ellos de antemano.

6. Yo entiendo que debo ser responsable de los servicios prestados por medicos especialistas a los que he hecho referencia a cualquier Wellness Tree Community Clinic proveedor, a menos que los cargos no se aplican por el proveedor de antemano.

7. Yo entiendo que la Wellness Tree Community Clinic no hace exámenes o papeleo para las Determinaciones de Discapacidad, de Seguridad Social, o de Workman's Comp..

APPLICANTE (firma)

Testigo de la Clinica

SI NO SE PRESENTA: Si usted no puede mantener su cita, le a quitado la oportunidad a otra persona de tener una visita con un medico. Se requiere al menos una notificación de 24 horas si no puede asistir a la cita. Si no puede recordar cuando la cita es, por favor llámenos! Dos veces de no presentarse sin aviso va ser eliminado de programar futuras citas durante el día para el próximo año. (Puede venir todavía a las clinicas de noche.)

Immunity of Volunteers of the Care of Health (Volunteer Health Care Provider Immunity)



(Por favor lea cuidadosamente)

Título 39 – 7703 de los Estatutos de Idaho proporciona inmunidad con respecto a los proveedores de atención de salud que proporcionan atención médica de caridad.

(1). Cualquier profesional de la salud que voluntariamente da servicios médicos o da salud a cualquier persona en una clínica médica gratuita y sin compensación es inmune/protegido a cualquier acción civil que se levante de la provision de tales servicios médicos o de salud, debida la incapacidad de esa persona a pagar por los servicios médicos.

(2). La inmunidad de conformidad con la subsección (1) esta sección sólo se aplicará si el profesional de la salud y el paciente hacen una renuncia por escrito antes de la prestación de dichos servicios médicos que se especifica que dichos servicios se dan sin la expectativa de compensación y que el proveedor de cuidados de salud debe ser inmune como se especifica en el presente.

He leído y entendido el Título 39 de los Estatutos de Idaho y que cualquier pregunta que tenía en relación con las previsiones anteriores fueron respondidas satisfactoriamente.

Nombre del Paciente

Fecha: _____

Testigo

Fecha: _____

NOTA: Una copia del Título 39-7703 de los Estatutos de Idaho se le dara a usted si desea. Marque aquí si desea recibir una copia. ➡ (SI / No)

X _____
Firma del Paciente

X _____
Nombre del Guardian (si es aplicable)