

FAMILY PLANNING EXPANSION PROJECT (FPEP) ENROLLMENT FORM



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® ▪ Tratamiento para las infecciones de la vejiga |
|--|--|

1 ¿Cuándo se entero de nosotros? (**marque todas las que apliquen**) Amigo o familiar

Un anuncio en el camion, el tren o en la caseta de la parada del camion En la cartelera

En el cine Mensaje de texto facebook MySpace Han estado aquí antes

Sitio de Internet de la Proyecto de Planificación Familiar El otro: _____

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®, histerectomía, vasectomía) <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 para por lo menos cinco años

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

14 Número de personas en el hogar:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Salario</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Seguro Social, Ingreso de Incapacidad, o, Beneficios de Desempleo</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Otros Ingresos</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Ingreso Mensual Bruto:</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</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 # ____ ____ / ____ ____ / ____ ____
---	--

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 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 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 Oregon Birth Information Form (FPEP103) completed by client
 Enter into FPEP 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 FPEP 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 FPEP Eligibility Database

Date _____ Initials _____

34 Identity listed as verified in FPEP Eligibility Database

OR

35 Identity document witnessed and copied
 (Required with citizenship document Tier 2, 3, or 4)

36 Information entered in FPEP Eligibility Database

Date _____ Initials _____

37 **Qualifies for FPEP** Y N

38 **FPEP ID#**

The FPEP 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 FPEP 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)