

Mercy Health Clinic

MERCY HEALTH CLINIC -MONTGOMERY CARES ELIGIBILITY INFORMATION

Eligibility Documents to be attached with the application (*you need to have one of each from the list below*)

1. Proof of your income, for example:
 - Paycheck or unemployment stubs,
 - Last year's tax returns if available
 - Letter from your employer, or
 - Letter from friend/family providing you financial help
2. Proof that you live in Montgomery County
 - Mortgage or lease
 - Utility bill with complete name and address (cell phone bill not accepted)
 - Driver's license or Maryland State ID Card
 - Signed Federal Tax Return/W2 (Current Year)
 - Recent pay stubs with name and address
 - Letter from landlord/third party host with host's proof of residency
3. IDENTIFICATION
 - Driver's License
 - Passport
 - Birth certificate

APPLICATION: You can pick up and return the completed, signed application with the requested documentation to:

MERCY HEALTH CLINIC

7-1 Metropolitan CT, Gaithersburg, MD 20878

Main Tel. 240-773-0300 via email appointments@mercyhealthclinic.org

****You can schedule an appointment after you have return the application.****

NOTE: We DO NOT accept Motor Vehicle accidents or Prenatal Care Patients.

*Created October 12, 2020
Revised: December 8, 2020*



Mercy Health Clinic

MERCY HEALTH CLINIC - INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE MONTGOMERY CARES

Documentos de elegibilidad que adjuntará con la aplicación *(debe proveer uno de cada uno de la lista a continuación)*

1. PRUEBA DE INGRESOS

- Taxes mas RECIENTES/4 colillas de cheques más recientes
- Carta firmada por empleador
- Carta de apoyo financiero de un familiar o amigo

2. PRUEBA DE DIRECCION DEL CONDADO de MONTGOMERY

- Licencia de conducir
- Factura de utilidad
- Identificación del Estado de Maryland
- Contrato de renta del propietario que con prueba de residencia del anfitrión

3. IDENTIFICACIÓN

- Licencia de conducir
- Pasaporte
- Certificado de nacimiento

APLICACION: Puede recoger y devolver la solicitud completada y firmada con la documentación solicitada a:

Mercy Health Clinic

7-1 Metropolitan CT, Gaithersburg, MD 20878

Tel. 240-773-0300 or via email: appointments@mercyhealthclinic.org

****Usted puede hacer una cita despues que entregue la aplicacion.***

NOTA: NO aceptamos accidentes automovilísticos ni pacientes para atención prenatal.

*Created October 12, 2020
Revised: December 8, 2020*



MONTGOMERY COUNTY SAFETY-NET PROGRAMS APPLICATION

COUNTY OFFICIAL USE ONLY:

eICM Contact ID: _____

Case Number: _____

Head of Household Name (Last, First, Middle)		Home Telephone		Work Telephone		Cell Telephone	
Where Do You Live? (Number and Street)		Apt. #	City	State	Zip Code		
Mailing Address (if different from home address)							
What language do you speak? ☐ English ☐ Spanish ☐ Other _____							
Are you or anyone in your household pregnant? ☐ Yes ☐ No If yes, who? _____ Due Date _____							
Have you ever received a County health program benefit program? ☐ Yes ☐ No				Under what name? _____			

SECTION A. HOUSEHOLD MEMBERS

Fill in the blanks for all the people in your household. Check YES for each person you are applying for. Check NO for each person you are not applying for. Check services you are requesting.

APPLYING FOR	NAME (Last, First, Middle)	RELATION TO YOU:	DATE OF BIRTH MM/DD/YY	GENDER M = Male F = Female	MARITAL STATUS M = Married S = Single D = Divorced P = Separated W = Widowed	*RACE (Indicate below for each person) A = Asian B = Black/African American C = White N = Amer-Indian or Alaska Native P = Native Hawaiian or Pacific Islander (You may select more than one code)	*ETHNICITY H/L = Hispanic/ Latino N/L = Non- Hispanic/ Non-Latino	PLEASE complete for each person who has a Social Security number
								SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN)
☐ MONTGOMERY CARES								
☐ CARE FOR KIDS								
☐ MATERNITY PARTNERSHIP								
☐ SENIOR DENTAL								
☐ Yes ☐ No		SELF					☐ H/L ☐ N/L	
☐ Yes ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Yes ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Yes ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Yes ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	

*You do not have to give information about your race/ethnicity. We will not use this information to decide if you are eligible. If you do not give us your race, it will not affect your application. The case manager will enter codes for statistical purposes only. Title VI of the Civil Rights Act of 1964 allows us to ask for this information.



SOLICITUD
PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL CONDADO DE MONTGOMERY

SOLO PARA USO OFICIAL DEL CONDADO:

ID de contacto eICM: _____

Número de caso: _____

Nombre del jefe de familia (Apellido, nombre, segundo n.)		Teléfono residencial		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
¿Dónde vive? (Número y calle)		# de depto.	Ciudad		Estado		Código Postal
Dirección postal (si es diferente a la de su hogar)							
¿Qué idioma habla? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____							
¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿quién? _____ Fecha de parto _____							
¿Ha recibido algún beneficio de un programa de salud del Condado? ☐ Sí ☐ No ¿Bajo qué nombre? _____							

SECCIÓN A. MIEMBROS DEL HOGAR

Llene los espacios en blanco para todas las personas en su hogar. Marque **SI** para cada persona por la que está solicitando. Marque **NO** para cada persona por quien no está solicitando. Marque los servicios que solicita.

SOLICITANDO	NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	RELACIÓN CON USTED:	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	*RAZA (Indique abajo para cada una de las personas) A = Asiático B = Negro/ Afroamericano C = Blanco N = Indio americano o nativo de Alaska P = Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico (Puede seleccionar más de un código)	*ETNIA H/L = Hispano/ Latino N/L = No Hispano/ No Latino	Por favor llene para cada una de las personas que tienen Número de Seguro Social
								NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en inglés)
☐ MONTGOMERY CARES				M = Masculino F = Femenino	M = Casado S = Soltero D = Divorciado P = Separado W = Viudo		☐ H/L ☐ N/L	
☐ CARE FOR KIDS							☐ H/L ☐ N/L	
☐ MATERNITY PARTNERSHIP							☐ H/L ☐ N/L	
☐ SENIOR DENTAL							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No		MISMO					☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	

*Usted no tiene que dar información sobre su raza o grupo étnico. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos dice su raza, no se afectará su solicitud. El administrador de casos ingresará los códigos solo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitarle esta información.

SECTION B. ADDITIONAL INFORMATION

Name (Last, First, Middle)	Country of Birth	Do you have Health insurance If yes, is it: ☐ Private-Payer ☐ Employer-Based	☐ Yes ☐ No
Name (Last, First, Middle)	Country of Birth	Do you have Health insurance If yes, is it: ☐ Private-Payer ☐ Employer-Based	☐ Yes ☐ No
Name (Last, First, Middle)	Country of Birth	Do you have Health insurance If yes, is it: ☐ Private-Payer ☐ Employer-Based	☐ Yes ☐ No
Name (Last, First, Middle)	Country of Birth	Do you have Health insurance If yes, is it: ☐ Private-Payer ☐ Employer-Based	☐ Yes ☐ No

SECTION C. EARNED INCOME

Does anyone in your household receive any income from employment? ☐ Yes ☐ No If yes, list all gross income (from full or part-time employment, self-employment, babysitting, odd jobs, day work, roomer/boarder payments)

NAME (Last, First, Middle)	EMPLOYER	RATE OF PAY (HOURLY)	NUMBER OF HOURS WORKED	GROSS AMOUNT PER PAY PERIOD	HOW OFTEN RECEIVED WE = Weekly BW = Bi-weekly MO = Monthly	JOB START DATE (MM/DD/YY)	JOB END DATE (MM/DD/YY)	STUDENT STATUS (Full or Part-time)

SECTION D. UNEARNED AND OTHER INCOME

List any other income received such as alimony, child support, pension, Social Security, income received from renting property to others, and benefits (retirement, strike benefits, unemployment, veterans, workers compensation). Include out-of-state benefits.

PERSON RECEIVING INCOME	TYPE (For benefits, include Claimant ID#)	GROSS AMOUNT RECEIVED	HOW MANY TIMES A YEAR?

SIGNATURE SECTION

I certify that the information I have provided above is true to the best of my knowledge and I give permission for Montgomery County to make any necessary contacts to check my statements. I have read and agree to the rights and responsibilities in this application packet. I know that I can be penalized if I knowingly give false information, and I declare under penalty of perjury that the facts I state in this application are true, correct, and complete to the best of my ability, belief, and knowledge.

Signature of Applicant/Recipient	Print (Name)	Date

SECCIÓN B. INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento		¿Tiene seguro médico? Si es así, es: ☐ Pago privado ☐ Paga el empleador	☐ Sí ☐ No
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento		¿Tiene seguro médico? Si es así, es: ☐ Pago privado ☐ Paga el empleador	☐ Sí ☐ No
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento		¿Tiene seguro médico? Si es así, es: ☐ Pago privado ☐ Paga el empleador	☐ Sí ☐ No
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento		¿Tiene seguro médico? Si es así, es: ☐ Pago privado ☐ Paga el empleador	☐ Sí ☐ No

SECCIÓN C. INGRESOS

¿Alguien en su hogar recibe ingreso por empleo? ☐ Sí ☐ No Si es así, enliste todos los ingresos brutos (de un empleo de tiempo parcial o de tiempo completo, trabajo por cuenta propia, cuidado de niños, trabajos ocasionales, pago de huéspedes o inquilinos)						
NOMBRE (Apellido, nombre, segundo nombre)	EMPLEADOR	TARIFA DE PAGO (HORA)	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS	IMPORTE BRUTO POR PERÍODO DE PAGO	FRECUENCIA CON LA QUE LO RECIBE WE = semanal BW = quincenal MO = mensual	FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AA)
						CONDICIÓN DE ESTUDIANTE (Tiempo completo o parcial)

SECCIÓN D. OTROS INGRESOS QUE SE RECIBEN

Enliste cualquier otro ingreso que haya recibido, tal como pensión alimenticia, manutención infantil, pensión, Seguro Social, ingresos recibidos por renta de propiedades a otros y beneficios (retiro, beneficios por huelga, desempleo, veteranos, compensación para trabajadores). Incluya beneficios de fuera del estado.			
PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	TIPO (Para beneficios incluya # de identificación de reclamante)	IMPORTE BRUTO QUE RECIBIÓ	¿CUÁNTAS VECES AL AÑO?

SECCIÓN DE FIRMAS

Certifico que la información que proporcioné arriba es verdadera de acuerdo a mi mejor conocimiento y le doy mi permiso al Condado de Montgomery para que contacte a quien sea necesario para verificar mis declaraciones. Leí y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades que se encuentran en este paquete de solicitud. Sé que me pueden sancionar si, a sabiendas, doy información falsa y declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi capacidad, mi creer y mi conocimiento.

Firma del solicitante y/o beneficiario	Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR/RECIBIR INFORMACIÓN

Montgomery County Department of
Health and Human Services



Por favor imprima toda la información. Use un formulario separado para cada persona o agencia con la que se pueda compartir información.

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo/ Género
----------	--------	-------------------------------	------------------------	--------------

El programa de Montgomery Cares tiene mi permiso para:

☐ enviar a ☐ recibir de ☐ discutir verbalmente la información proporcionada con:

La Oficina de Elegibilidad y Servicios de Apoyo - Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
1401 Rockville Pike, Rockville, MD 20852.

Artículos cubiertos por esta liberación

_____ Prueba de edad _____ Prueba de ingreso
_____ Prueba de identidad _____ Prueba de que vive en el Condado de Montgomery

Razón por la que se comparte esta información: Para determinar mi elegibilidad para el programa Montgomery Cares

Esta autorización es válida (Marque sólo uno. No más de un año)

☐ hasta _____ (fecha) ☐ por 90 días ☐ hasta que se cumplan estas condiciones:

Entiendo que, si se me considera elegible para el programa Montgomery Cares, me inscribiré inmediatamente en el programa.
Entiendo que mi información no será compartida sin la debida autorización por escrito.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al personal del programa del DHHS. La revocación será efectiva en la fecha en que el DHHS la reciba. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido utilizada o divulgada a través de esta autorización.

El DHHS no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los servicios/beneficios basándose en si firmo esta autorización, a menos que se requiera autorización para determinar la elegibilidad para los servicios/beneficios.

Entiendo que, si las personas u organizaciones que autorizo para recibir y / o usar mi información de salud no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad, es posible que esta información ya no esté protegida y se pueda divulgar.

Entiendo que si esta autorización se refiere a registros de tratamiento de alcohol u otras drogas protegidos por las regulaciones federales a 42 C.F.R. Parte 2, puedo revocar oralmente esta autorización, y mis registros no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito o según lo permitido por las regulaciones.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del padre/madre, guardián u otra persona autorizada

Fecha

Si está firmado por otra persona autorizada, por favor describa la autoridad para actuar en nombre del cliente (Por favor escriba en letra de molde)

Firma del miembro del personal del DHHS

Fecha

AUTHORIZATION TO RELEASE/RECEIVE INFORMATION

Montgomery County Department of
Health and Human Services



Please print all information. Use a separate form for each person or agency with which information may be shared.

Client Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth	Sex/Gender
The Montgomery Cares program has my permission to: ☐ send to ☐ receive from ☐ verbally discuss the information I provide with: The Office of Eligibility and Support Services – Montgomery County Department of Health and Human Services 1401 Rockville Pike, Rockville, MD 20852.				
Items covered by this release. _____ Proof of age _____ Proof of income _____ Proof of identity _____ Proof you live in Montgomery County				
Reason this information is being shared: To determine my eligibility for the Montgomery Cares program				
This authorization is valid (<i>Check only one. Not to exceed one year</i>) ☐ until _____ (date) ☐ for 90 days ☐ until these conditions are met: _____				
I understand that if I am deemed eligible for the Montgomery Cares program, I will be immediately enrolled in the program. I understand that my information will not be shared without proper written authorization. I understand I can revoke this authorization at any time by submitting a request in writing to DHHS program staff. The revocation will become effective on the date DHHS receives it. The revocation will not apply to information that has already been used or disclosed through this authorization. DHHS may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for services/ benefits based on whether I sign this authorization, unless authorization is required to determine eligibility for services/benefits. I understand that if the persons or organizations I authorize to receive and/or use my health information are not subject to federal or State privacy laws, this information may no longer be protected and could be disclosed. I understand that if this authorization pertains to alcohol or other drug treatment records protected by federal regulations at 42 C.F.R. Part 2, I can orally revoke this authorization, and my records may not be redisclosed without my written consent or as permitted by the regulations.				
Signature of client		Date		
Signature of parent, guardian, or other authorized person		Date		
If signed by other authorized person, please describe authority to act on behalf of the client (<i>Please Print</i>) _____				
Signature of DHHS staff member		Date		



Montgomery County Department of Health and Human Services Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page

What is the Notice of Privacy Practices?

We are required by law to provide you with a notice of our privacy practices. Our complete *Notice of Privacy Practices* is attached. The purpose of the *Notice* is to inform you about:

- Our legal obligation to protect your information.
- How we will share your information without your written permission.
- Rights that you have related to your information.
- Who you can contact to ask questions, make a request, or file a complaint.

How will we share your information?

Our Department provides a variety of health, income support and social services. To provide these services, we must ask you for personal information that may contain health, financial and other information that identifies you. We will keep your information safe and will only share it when the law permits us or requires us to do so. We will share your information as necessary to:

- Provide you with high quality and coordinated treatment and services.
Example: Communicating information between programs to make referrals, determine eligibility or develop a care plan;
- Obtain payment for services. Example: Billing Medicaid;
- Manage our services and programs. Example: Reviewing the quality of the services you receive.

The attached *Notice* lists other reasons why we may share your information. If we need to share your information for reasons that are **not** listed, we will ask for your written permission. You have other rights related to your information that are listed on page 4 of the *Notice*.

Contact Information:

If you have questions about our privacy practices, want to make a request related to your information, or have a privacy concern, contact the staff person who is working with you, or our Privacy Official at 240 777- 1295. Additional contact information is provided at the end of the *Notice*.

Acknowledgement of receipt of the complete *Notice*:

Client or Authorized Representative (Sign your name)

Date

Print your name

Signature of DHHS representative

Signature of interpreter/translator if applicable

If unable to get acknowledgement, specify why: _____



SPANISH

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
(Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page)

Síntesis y Página de Firma de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad

¿Qué es la Notificación sobre Prácticas de Privacidad?

La ley nos exige que le proporcionemos una notificación de nuestras prácticas sobre privacidad. Encontrará el texto completo de nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad adjunto a la presente. El objeto de la *Notificación* es informarle sobre:

- nuestra obligación legal de proteger su información;
- la manera en que compartiremos su información sin su permiso escrito;
- los derechos que usted tiene con respecto a su información;
- con quién se puede comunicar usted para formular preguntas, presentar una solicitud o poner una queja.

¿Cómo compartiremos su información?

Nuestro Departamento brinda diversos servicios de salud, apoyo financiero y servicios sociales. Para poder brindarlos, debemos conocer su información personal que puede incluir datos sobre salud, financieros y de otra clase que lo/la identifiquen. A fin de mantener protegida su información sólo la compartiremos cuando la ley nos permita o nos exija hacerlo. Compartiremos su información cuando sea necesario para:

- Brindarle tratamiento y servicios coordinados, y de alta calidad.
Por ejemplo: comunicaremos información entre programas para referirlo(la) a otros servicios, establecer la elegibilidad o elaborar un plan de atención.
- Obtener pago por los servicios. Por ejemplo: mandar cobros a Medicaid.
- Administrar nuestros servicios y programas. Por ejemplo: revisar la calidad de los servicios que recibe.

La *Notificación* adjunta enumera otros motivos por los que podremos compartir su información. Si nos resulta necesario compartir su información por motivos que **no** están enumerados, solicitaremos su permiso escrito. Usted tiene otros derechos relativos a su información que se enumeran en la página 4 de la *Notificación*.

Con quién puede hablar para solicitar más Información:

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, desea hacer un pedido con relación a su información o tiene alguna duda o preocupación sobre su privacidad, comuníquese con el empleado de nuestro departamento que trabaja con usted o con el Funcionario de Privacidad al 240 777- 1295. Al final de la *Notificación* se incluye información adicional de a quién recurrir para solicitar más información.

Acuse de recibo del texto completo de la *Notificación*:

Cliente o Representante Autorizado (Firme en este espacio)

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma del representante del DHHS

Firma del intérprete / traductor, si corresponde

Si no puede acusar recibo, especifique el motivo: _____

Patient Consent for Eligibility Determination

All patients must provide some personal information to apply for Montgomery Cares or other health care programs. Your information will be kept confidential and will NOT be shared with federal law enforcement agencies, it is considered confidential information. Confidential information is defined as any personal information including demographics, and work-related information (including income information)

- I consent to my primary care clinic, participating in Montgomery Cares, to send my information to the DHHS Office of Eligibility and Support Services (OESS), which will use this information to determine my eligibility for Montgomery Cares and other health programs.
- I understand that my information will be kept confidential and will not be shared with anyone outside of OESS.
- I consent to OESS contacting me directly to convey the results of my eligibility screening.
- I understand that if I am deemed eligible for the Montgomery Cares program, I will be immediately enrolled in the program.
- If you do not agree to share your information, your personal information will not be sent. You can have the eligibility screening completed in person by the eligibility worker at the clinic or at the OESS offices. Information will still need to be present at the time of the screening with the worker.

I have read the information (or have it read to me) on this form and have been given the opportunity to discuss any of the above items with clinic staff. By signing below, I authorize or EOSS personnel or contractors to verify my eligibility for Montgomery Cares and other health programs and contact me as needed.

Applicant Signature: _____

Clinic staff signature: _____

Date: _____

***Additional applicant rights:** understand that I can revoke this authorization at any time but submitting a request in writing to DHHS program staff. The revocation will become effective on the date it is received by the DHHS and does not apply to information that has been already been used or disclosed through this authorization. DHHS may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for services/benefits based on whether I signed this authorization, unless authorization is required to determine eligibility for service/benefits.*

Consentimiento del Paciente para la Determinación de Elegibilidad

Todos los pacientes deben proporcionar cierta información personal para solicitar Montgomery Cares y otros programas de atención médica. Su información se mantendrá confidencial y NO se compartirá con las agencias federales, se considera información confidencial. La información confidencial se define como cualquier información personal, incluidos los datos demográficos y la información relacionada con el trabajo (incluida la información sobre ingresos).

- Doy mi consentimiento para que mi clínica de atención primaria, que participa en Montgomery Cares, envíe mi información a la Oficina de Servicios de Apoyo y Elegibilidad del DHHS (OESS), que utilizará esta información para determinar mi elegibilidad para Montgomery Cares y otros programas de salud.
- Entiendo que mi información se mantendrá confidencial y no se compartirá con nadie fuera de OESS.
- Doy mi consentimiento para que OESS se comunique conmigo directamente para transmitir los resultados de mi evaluación de elegibilidad.
- Entiendo que si se me considera elegible para el programa Montgomery Cares, seré inscrito inmediatamente en el programa.
- Si no acepta compartir su información, no se enviará su información personal. El trabajador de elegibilidad puede completar la evaluación de elegibilidad en persona en la clínica o en las oficinas de OESS. La información aún deberá estar presente en el momento de la evaluación con el trabajador.

He leído la información (o me la han leído) en este formulario y se me ha dado la oportunidad de discutir cualquiera de los puntos anteriores con el personal de la clínica. Al firmar a continuación, autorizo al personal o contratistas de EOSS a verificar mi elegibilidad para Montgomery Cares y otros programas de salud y comunicarse conmigo según sea necesario. Consulte el lado opuesto para conocer los derechos adicionales del solicitante.

Firma de la solicitante: _____

Firma del personal de la clínica: _____

Fecha: _____

***Derechos adicionales del solicitante:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero presentando una solicitud por escrito al personal del programa del DHHS. La revocación entrará en vigencia en la fecha en que el DHHS la reciba y no se aplica a la información que ya se ha utilizado o divulgado mediante esta autorización. El DHHS no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los servicios / beneficios en función de si firmé esta autorización, a menos que se requiera autorización para determinar la elegibilidad para los servicios / beneficios.*



PATIENT'S RIGHTS AND RESPONSIBILITIES POLICY

1. I understand that **Mercy Health Clinic (MHC)** is not a government program or insurance company, but **non-profit** clinic dependent on contributions and grants to cover operating costs.
2. I understand that the clinic requests a contribution of **\$25.00** for the first visit and **\$15.00** for each follow up visit.
3. I understand that once my appointment is schedule it is my responsibility to remember the **date and time** and I **must** keep the appointment.
4. I understand that I must call the clinic within **24 hours to cancel or reschedule** my appointment at **240-773-0300** or via email/text appointments@mercyhealthclinic.org
5. I understand that there will be a **\$25.00 No-Show Fee** for a primary care missed appointments
6. I understand that there will be a **\$50.00 No-Show Fee** for a specialty care missed appointments
7. I understand that there will be a **\$15.00 Lost Replacement Card Fee**
8. I understand that the following reasons **CAN cause membership termination**:
 - **Noncompliance with treatment instructed by physician**
 - **Misconduct or rudeness**
 - **Misuse of service**
9. I understand that MHC is not responsible for the medical bills that may occur during a doctor's visits outside of the clinic for which the patient did not receive a Mercy Health Clinic referral form or if the patient did not follow given instruction.
10. I understand that MHC does not provide total medical care and that the clinic is only open a few days a week.
11. I understand that it is my responsibility to renew my **Mcares program eligibility every year** before the expiration date; otherwise, I will not be able to keep my scheduled appointments with the doctor.
12. I understand that is my responsibility to inform MHC if there are any changes in my **income, address or phone number**.

Patient Name: _____

Patient Signature: _____

Today's Date: _____

A copy was given to the patient



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Entiendo que **Mercy Health Clinic (MHC)** no es un programa del gobierno o una compañía de seguros, sino que es una clínica sin fines de lucro que depende de **contribuciones y donaciones** para cubrir los costos de operación.
2. Entiendo que la clínica pide una contribución de **\$25.00** por la primera visita y **\$15.00** por cada visita de seguimiento.
3. Entiendo que una vez que se ha programado una visita es mi responsabilidad recordar la **fecha, la hora y acudir a la cita**.
4. Entiendo que debo avisar a la clínica dentro de **las 24 horas antes para cancelar o cambiar** mi cita al teléfono 240-773-0300 o al correo electrónico o un mensaje de texto appointments@mercyhealthclinic.org
5. Entiendo que tendré un cobro de **\$25.00** por cada cita perdida con su doctor primario.
6. Entiendo que tendré un cobro de **\$50.00** por cada cita perdida con un especialista.
7. Entiendo que tendré un cobro de **\$15.00** por tarjeta perdida.
8. Entiendo que los siguientes factores pueden causar la terminación de mi participación en el programa:
 - **No cumplir con el tratamiento indicado por el médico**
 - **Mala conducta o mala educación**
 - **Mal uso del servicio**
9. Entiendo que la Clínica Mercy **no es responsable** de los gastos médicos fuera de la clínica. El paciente es responsable de recibir una referencia de MHC antes de ir a cualquier otro médico fuera de la clínica.
10. Entiendo que la clínica no proporciona atención médica total, y que **la clínica esta abierta** solo de Lunes a Jueves para atención médica.
11. Entiendo que es mi responsabilidad renovar mi elegibilidad del programa de MCares **cada año antes de la fecha de vencimiento**, de lo contrario no podré mantener mis citas con el médico.
12. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Mercy Health Clinic de **cualquier cambio de ingresos, dirección o teléfono**.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Se le entregó una copia al paciente.



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

USES AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

You PHI may be used and disclosed by Mercy Health Clinic, our office staff and other outside of our office who is involved in you care and treatment for the purpose of providing health care services to you.

Following are examples of the types of uses and disclosures of your protected health information that your physician's office is permitted to make.

Treatment: We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with another provider. For example, we would disclose you protected health information, as necessary, to a home health agency that provides care to you. We will also disclose protected health information to other physicians who may be treating you.

Payment: Your protected health information will be used and disclosed, as needed, to obtain payment for your health care services provided by us or by another provider.

Health Care Operations: We may use or disclose, as needed, you protected health information in order to support business activities of the clinic. These activities include, but are not limited to, quality assessment activities, employee review activities, training of medical students, fundraising activities, and conducting or arranging for other business activities. We will share your protected health information with third party "business associates" that perform various activities (for example, billing transcription services) for our practice. We may use or disclose your protected health information, as necessary, to provide you with information about treatment alternative or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

We have chosen to participate in the Chesapeake Regional Information System for our Patients, Inc. (CRISP), a statewide health information exchange. As permitted by law, your health information will be shared with this exchange in order to provide faster access, better coordination or care and assist providers and public health officials in making more informed decision. You may "opt-out" and disable all access to your health information available through CRISP by calling **1-877-952-7477** or completing and submitting an Opt-Out form to CRISP by mail, fax or through their website at www.crisphealth.org.

I, _____, have read and understand the terms of this authorization and I have had an opportunity to ask questions about the use and disclosure of my medical information. Accordingly, I knowingly and voluntarily authorize any Mercy Health Clinic member to use or disclose my medical information in the manner described above. I understand and agree that this authorization applies only to the extent that an Authorization is required by law in order to Mercy Health Clinic members to use or disclose my medical information in the manner described.

Patient Name: _____ Date: _____

Patient Signature: _____



AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise esto con cuidado.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP)

El personal de la Clínica Mercy, y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento, pueden usar o revelar su ISP con el propósito de proporcionarle servicios de salud. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su ISP que la clínica Mercy está autorizada a hacer.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su ISP para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con otro proveedor. Por ejemplo, podríamos divulgar su ISP, según sea necesario, a una agencia de salud que le proporciona cuidados en su hogar. También vamos a revelar esa información a otros médicos que puedan tratarle.

Pago: Se utilizará su ISP, según sea necesario, para obtener el pago por los servicios de salud proporcionados por nosotros o por otro proveedor.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud con el fin de apoyar las actividades comerciales de la clínica. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, evaluación de calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, recaudación de fondos y de conducción o arreglo de otras actividades comerciales. Nosotros no compartiremos su ISP con terceros "socios comerciales" que realizan diversas actividades (por ejemplo, servicios de facturación o de transcripción) para nuestra práctica. Podemos usar o revelar su información de salud, según sea necesario, para proporcionarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de interés relacionados con su salud. Hemos elegido participar en el Sistema Regional de Información Chesapeake para nuestros Pacientes, Inc. (CRISP), un intercambio de información estatal en salud. Según lo permitido por la ley, su información de salud será compartida con este intercambio con el fin de proporcionar acceso más rápido, mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones mejor informadas. Usted puede optar por desactivar el acceso a su información de salud a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o llenando un formulario de CRISP que se encuentra en su página web: www.crisphealth.org.

Yo, _____, (Nombre del paciente) he leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información médica. En consecuencia, a sabiendas y voluntariamente autorizo a cualquier miembro de Mercy Health Clinic a usar o divulgar mi información médica en la forma descrita anteriormente. Entiendo y acepto que esta autorización solo se aplica en la medida en que la ley requiera tal autorización por parte de los miembros de Mercy Health Clinic para utilizar o divulgar mi información médica en la manera descrita anteriormente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____



Authorization Form/Emergency contact for Family Members/Friends

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____
Email address: _____ Phone number: _____

I, _____ give permission to all my health care and medical services providers to disclose and release my protected health information described below to:

Name(s):	Relationship:	Phone Number:
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Health Information to be disclosed (Check all that apply):

☐ My complete health record (including but not limited to diagnoses, lab tests, prognosis, treatment, and billing, for all conditions) OR

☐ My complete health record, as above, with the exception of the following information (Check as appropriate):

- ☐ Mental health records
- ☐ Communicable diseases (including HIV and AIDS)
- ☐ Alcohol/drug abuse treatment
- ☐ Other (please specify): _____

This health information may be used to enable the persons I authorize to know and understand my condition and my treatment or treatment options, for treatment or consultation, for claims payment purposes, or related reasons.

This authorization shall be effective until: (Check one):

- ☐ All past, present, and future periods, OR
- ☐ Date or event: _____ unless I revoke it.

(NOTE: You may revoke this authorization in writing at any time by notifying your health care providers, preferably in writing.)

Patient Signature: _____ Date: _____



Formulario de autorización / contacto de emergencia para familiares / amigos

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ MRN: _____
Correo Electronico: _____ Numero de teléfono: _____

Yo, _____, doy permiso a los proveedores de mi atención médica y servicios médicos a revelar y liberar mi información de salud protegida a:

Nombre(s):	Relación:	Numero de teléfono:
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Salud Información a exponer (Marque todo lo que corresponda):

☐ Mi registro completo de la salud (incluyendo, pero no limitado a los diagnósticos, pruebas de laboratorio, el pronóstico, el tratamiento y la facturación, para todas las condiciones) OR

☐ Mi registro de salud completo, como el anterior, con la excepción de los siguientes datos (Marque lo que corresponda):

- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Las enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)
- ☐ tratamiento de abuso de alcohol / drogas
- ☐ Otros (Especificar _____)

Esta información médica puede ser usada para permitir a las personas que autorizo a conocer y entender mi condición y las opciones de tratamiento o de tratamiento, para el tratamiento o la consulta, para fines de pago de reclamaciones, o por razones relacionadas.

Esta autorización será efectiva hasta que (Marque uno):

- ☐ Todos pasados, presents y futuros periodos, o
- ☐ Fecha o evento: _____ a menos que yo lo revoque.

(NOTA: Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, notificando a sus proveedores de atención médica, de preferencia por escrito.)

Firma del paciente: _____ **Date:** _____



Medical Record Release Form

Last Name, First Name/Apellido, Nombre: _____

Current Address/Dirección actual: _____

Social Security Number/Número de Seguro Social: _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE/NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (STAFF USE ONLY)

Provider, Hospital, or Clinic Name:

Address:

City: _____ State: _____ Zip Code:

Phone Number: _____ Fax Number:

If release/request of records is to be sent to Mercy Health Clinic, we would appreciate a summary of diagnostic studies, laboratory reports, x-rays, and any other pertinent data.

Obtain Records From ☐

Send Records To ☐

The release/request of records is to be sent to:

Mercy Health Clinic

7-1 Metropolitan Court, Suite 1

Gaithersburg, MD 20878

Fax 240-773-0308

Patient authorizes the release of his/her medical records as provided above:

Patient Signature/Firma: _____ Date (Fecha): _____

All Mercy Health Clinic (MHC) patients must read, sign and date. Patient must receive a copy.