

MONTGOMERY CARES PROGRAM

PARA LOS RESIDENTES DEL CONDADO DE MONTGOMERY

COMO LLENAR LA APLICACION Y QUE DOCUMENTOS ACEPTAMOS.

1. **Una aplicación por familia que viven bajo el mismo ingreso:** La persona que trabaja firma y completa la aplicación del condado.
 2. **Sección A:** Asegúrese de agregarse usted y a todos los miembros del hogar, fecha de nacimiento, número de seguro social, si corresponde
 3. **Sección B:** asegúrese de agregarse usted y a todos los miembros del hogar + país de nacimiento
 4. **Sección C:** Asegúrese de que se agreguen y calculen los ingresos de todos los miembros que trabajan
 5. Cada persona que aplica debe completar y firmar un paquete Mercy.
 6. Cada persona que aplica debe traer lo siguientes documentos:
 - **Identificación con foto** (licencia de conducir, pasaporte o identificación de CASA de Maryland)
 - **Comprobante de domicilio:** (licencia de conducir, factura de utilidades (agua, luz, o gas) Impuestos actuales)
- *Si el paciente alquila, necesita una carta del propietario y que indique el alquiler del paciente y una factura de utilidades (agua, luz, o gas) del propietario.
- **Comprobante de ingresos:** (4 colillas de pago actuales o 2 si se le pagan dos veces al mes, impuestos actuales, carta del empleador o formulario de declaración de trabajo por cuenta propia)
- *Si el paciente no está trabajando, necesita una carta de un familiar / amigo que indique que está apoyando económicamente al paciente.

NOTA: Si tiene una identificación con foto con una dirección actual, esta puede usarse como prueba de identificación y residencia. Si trae impuestos actuales con dirección actual, esto puede usarse como prueba de ingresos y residencia.

Puede aplicar los días Miércoles entre 1:00pm - 3:00pm y los {Viernes de 9:00am-12:00pm -
empezando Julio 7, 2023}

Mercy Clinic Hours

Monday: 8:30 AM – 5:00 PM

Tuesday 8:30 AM – 8:00 PM

Wednesday 8:30 AM – 5:00 PM

Thursday 8:30 AM – 8:00 PM

Friday: CLOSED- Elegibilidad solamente

Phone: 240-773-0300

Fax: 240-773-0308

Email: appointments@mercyhealthclinic.org

MONTGOMERY CARES PROGRAM

FOR MONTGOMERY COUNTY RESIDENT

HOW TO FILL OUT THE APPLICATION AND WHAT DOCUMENTS WE ACCEPT.

1. **One application per family living under the same income:** The person who works signs and completes the county application.
2. **Section A:** Make sure you add yourself and all household members, date of birth, social security number, if applicable
3. **Section B:** Make sure to add yourself and all household members + country of birth
4. **Section C:** Ensure that income for all working members is aggregated and calculated
5. Each person who applies must complete and sign a **Mercy packet**. (*Ask for additional packet if needed*)
6. Each person who applies must bring the following documents:
 - Photo ID (Driver's license, passport, or CASA ID)
 - Proof of address: (Driver's license, utility bill (water, electricity, or gas) or Current taxes)

***If the patient rents, you need a letter from the landlord stating the patient's rent and a current utility bill (water, electricity, or gas) from the landlord.**

 - Proof of income: (4 current pay stubs or 2 if paid twice a month, current taxes, letter from employer or self-employment declaration form)

***If the patient is not working, they need a letter from a family member/friend stating that they are financially supporting the patient.**

NOTE: *If you have a photo ID with a current address, it can be used as proof of identification and residency. If you bring current taxes with your current address, this can be used as proof of income and residency.*

You can apply on Wednesdays between 1:00pm - 3:00pm and (Fridays from 9:00am-12:00pm - starting July 7, 2023)

Mercy Clinic Hours

Monday: 8:30 AM - 5:00 PM

Tuesday 8:30 AM - 8:00 PM

Wednesday 8:30 AM - 5:00 PM

Thursday 8:30 AM - 8:00 PM

Friday: **CLOSED- Eligibility ONLY**

Phone: 240-773-0300

Fax: 240-773-0308

Email: appointments@mercyhealthclinic.org



ELIGIBILITY STAFF PAPERWORK

Circle one **New Patient/Returning Patient**

Patient's Name/Nombre del paciente: _____ DOB: _____

1. Are you a US citizen or a permanent resident for at least five years? / ¿Es ciudadano o residente permanente durante al menos cinco años? Yes No

****If you are a US Citizen or Green card holder for more than 5 years, you need to apply to Maryland Health Connection first 1855-642-8572 / Si es ciudadano estadounidense o tiene una green card por más de 5 años, primero debe presentar su aplicacion a Maryland Health Connection al 1855-642-8572**

2. Do you have a social security number? / ¿Tienes un número social? Yes No
Through TPS, NACARA o DACA / Por TPS, NACARA, DACA, otro _____

3. Do you have or had health insurance in the past? / Tiene o a tenido seguro medico? Yes No

If yes, name of insurer / ¿Si contesto si, nombre del seguro? _____

4. Have you been a patient at another clinic in the past 2 years? / ¿Ha sido Paciente de alguna otra clínica en los últimos 2 años? Yes No

If yes, name of the clinic / ¿Si contesto si, nombre de la clínica? _____

5. Are you financially dependent on someone else? / ¿Dependes económicamente de otra persona? Yes No if yes, you need to provide a letter of support / Necesita proveer una carta de apoyo.

6. Add total annual income of husband and wife working: / Ingreso anual de todas las personas que trabajan: \$ _____

7. Total number of your entire family in your household / Número total de toda su familia que vive bajo su ingreso? _____
Do you work / Trabaja - Full Time _____ Part Time _____ Unemployed _____

***** (FOR OFFICE USE ONLY) *****

Please check the documentation provided for proof of address, income, and age for each applicant.

Proof of address

- Driver's License
- Letter: Landlord + Utility Bill
- Maryland State ID
- Current Federal Tax Return
- Mortgage/Lease
- Letter: County or State
- School records
- Utility Bill (gas, electric, water)
- Other: _____

Proof of Age

- Passport
- Photo ID
- Other: _____

Proof of Income

- DHHS Declaration Form
- Income Letter: Employer/Disability/Unemployment/Employment
- Paystubs: Most Recent
- No Income: Letter of Support from a family or friend -Required
- Federal Tax Return
- Other: _____

Mercy Staff Name: _____ Date: _____

Circle one: complete/incomplete MRN _____ Data entered/Scanned: Yes/No

NOTE: The patient is missing the following documentation:

- ___ Proof of address: _____
- ___ Proof of ID: _____
- ___ Proof of income: _____



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 deplo.	Ciudad	Estado
Dirección postal (si es diferente a la de su hogar)		Código Postal	
¿Qué idioma hablar?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro
¿Usted o alguien en su hogar está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿quién? _____ Fecha de parto _____
¿Ha recibido algún beneficio de un programa de salud del Condado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Bajo qué nombre? _____

SECCION A. MIEMBROS DEL HOGAR

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

Por favor llene para cada una de las personas que tienen Número de Seguro Social

SOLICITANDO	NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	RELACION CON USTED:	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AA	SEXO M = Masculino F = Femenino	ESTADO CIVIL M = Casado S = Soltero D = Divorciado P = Separado W = Viudo	*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 Pacifico (Puede seleccionar más de un código)	*ETNIA H/L = Hispano/ Latino N/L = No Hispano/ No Latino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en inglés)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		MISMO					<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> 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.



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
Mailing Address (If different from home address)			
What language do you speak? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____			
Are you or anyone in your household pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, who? _____ Due Date _____			
Have you ever received a County health program benefit program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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	SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN)
<input type="checkbox"/> MONTGOMERY CARES <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS <input type="checkbox"/> MATERNITY PARTNERSHIP <input type="checkbox"/> SENIOR DENTAL <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		SELF					<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> 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.

SECCION B. INFORMACION ADICIONAL

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Pais de nacimiento	¿Tiene seguro médico? Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Pais de nacimiento	¿Tiene seguro médico? Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Pais de nacimiento	¿Tiene seguro médico? Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Pais de nacimiento	¿Tiene seguro médico? Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador

SECCION C. INGRESOS

¿Alguien en su hogar recibe ingreso por empleo? Si 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)	EMPLADOR	TARIFA DE PAGO (HORA)	NUMERO DE HORAS TRABAJADAS	IMPORTE BRUTO POR PERIODO DE PAGO	FRECUENCIA CON LA QUE LO RECIBE WE = semanal BW = quincenal MO = mensual	FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	FECHA DE FINALIZACION DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	CONDICION DE ESTUDIANTE (Tiempo completo o parcial)

SECCION 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 RECIBIO	¿CUANTAS VECES AL AÑO?

SECCION 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 esta 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
Escriba en letra de molde (Nombre)	

SECTION B. ADDITIONAL INFORMATION

Name (Last, First, Middle)	Country of Birth	Do you have Health Insurance If yes, is it: <input type="checkbox"/> Private-Payer <input type="checkbox"/> Employer-Based	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name (Last, First, Middle)	Country of Birth	Do you have Health Insurance If yes, is it: <input type="checkbox"/> Private-Payer <input type="checkbox"/> Employer-Based	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name (Last, First, Middle)	Country of Birth	Do you have Health Insurance If yes, is it: <input type="checkbox"/> Private-Payer <input type="checkbox"/> Employer-Based	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name (Last, First, Middle)	Country of Birth	Do you have Health Insurance If yes, is it: <input type="checkbox"/> Private-Payer <input type="checkbox"/> Employer-Based	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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

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 (Check only one. Not to exceed one year)

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 (Please Print)

Signature of DHHS staff member

Date



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: _____



**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: _____

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 comunice 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 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.



Mercy Health Clinic

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:** _____



Mercy Health Clinic

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:** _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar la información médica sobre usted y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP)

Su ISP puede usarse y divulgarse por la Clínica Mercy, por nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de salud. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y revelaciones de su información de salud protegida que la clínica Mercy está autorizado a hacer.

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

Pago: Su información de salud protegida será utilizada y divulgada, 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 protegida con el fin de apoyar las actividades comerciales de la clínica. Estas actividades incluyen, pero no están limitada a actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, actividades de recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades comerciales. Nosotros no compartiremos su información de salud protegida con terceros “socios comerciales” que realizan diversas actividades (por ejemplo, servicios de facturación o de la transcripción) para nuestra práctica. Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, para proporcionarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud. Hemos elegido para participar en el Sistema de Información Regional Chesapeake para nuestros pacientes, Inc. (CRISP), un intercambio de información en todo el estado de salud. Según lo permitido por la ley, su información de salud será compartida con este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones más informadas, Usted puede “opt-out” y desactivar todos los accesos a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completar y enviar un formulario Opt-Out en Crisp por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org.

Yo _____ (Nombre del paciente) he leído y entiendo los términos de esta Autorización y etenido la oportunidad da hacer preguntas sobre el use y divulgación de mi información médica. Por la presente, a sabiendas y libremente doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica por parte de cualquier miembro de Mercy Health Clinic. Soy consciente y acepto que esta autorización solo se aplica en la medida en que los miembros de Mercy Health Clinic estén obligados por ley a obtener autorización antes de usar o divulgar mi información médica de la manera especificada.

Nombre del Paciente

Firma del paciente

Fecha

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)

Your PHI may be used and disclosed by Mercy Health Clinic, our office staff and others outside of our office involved in your care and treatment to provide health care services to you.

The 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 your protected health information, as necessary, to a home health agency that provides care for 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, your protected health information to support the clinic's business activities. These activities include quality assessment activities, employee review activities, training 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 needed, to provide you with information about treatment alternative or other health-related benefits and services that may interest 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 to provide faster access, better coordination or care and assist providers and public health officials in making more informed decisions. 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 main, fax or through their website at www.crisphealth.org.

I _____ (Patient Name) 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

Signature

Date



Mercy Health Clinic

Quality Health Care For All
The Heart for Those in Need

7 Metropolitan Center, Suite 1
Baltimore, MD 21278
www.mercyhealthclinic.org

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Entiendo que Mercy Health Clinic (MHC) no es un program gubernamental o una compañía de seguros, sino una clinia sin fines de lucro que depende de contribuciones y subvenciones para cubrir los costos operativos.
- Entiendo que no seré rechazado por la falta de pago. Sin embargo, entiendo que la clínica aprecia una contribución voluntaria de **\$ 20.00** para atención primaria y visitas de laboratorio y **\$ 30.00** para atención especializada.
- Entiendo que hay una tarifa de **NO SHOW de \$ 50.00.**
- Entiendo que una vez programada mi cita es mi responsabilidad recordar la fecha y hora y debo presentarme a la cita.
- Entiendo que debo llamar o dejar un mensaje dentro de las 24 horas para cancelar o reprogramar mi cita al 240-773-0300 o por correo electrónico appointments@mercyhealthclinic.org
- Entiendo que las siguientes razones PUEDEN causar la **terminación** de la clínica o de recursos externos:
 - Incumplimiento del tratamiento instruido por el médico.
 - Mala conducta o grosería
 - Mal uso del servicio
 - **NO PRESENTARSE a sus citas**
- Entiendo que MHC no es responsable de las facturas médicas que puedan ocurrir durante las visitas al médico fuera de la clínica para las cuales el paciente no recibió un formulario de referencia de Mercy Health Clinic o si el paciente no siguió las instrucciones dadas.
- Entiendo que MHC no brinda atención médica total y que la clínica solo está abierta los **lunes + miércoles (8:30-5:00pm) martes + jueves 8:30-8:00pm) cerrado VIERNES. El horario de laboratorio es (lunes + miércoles 7:30 am - 10:30 am) El horario de evaluación de elegibilidad es (miércoles 1:00pm – 3:00 pm)**
- Entiendo que el programa MCares no es para pacientes que califican para Seguro Medico. Los pacientes deben solicitar a Maryland Health Connection para obtener una carta de aprobación de Seguro o denegación si tienen un número de seguro social.
- Entiendo que Mercy Health Clinic acepta los siguientes seguros (**Medicaid, WellPoint, Maryland Physician Care y CareFirst BCBS**) y **no atienden pacientes que hayan estado involucrados en un accidente de carro o de trabajo o mujeres embarazadas.**
- Entiendo que es mi responsabilidad renovar mi elegibilidad con el programa MCares **cada año** antes de la fecha de vencimiento; (Necesito proporcionar prueba de identificación, comprobante de domicilio y comprobante de ingresos) de lo contrario, no podré asistir a mis citas programadas con el médico.
- Entiendo que es mi responsabilidad informar a MHC si hay algún cambio en mis ingresos, dirección o número de teléfono.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



PATIENT'S RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

1. I understand that **Mercy Health Clinic (MHC)** is not a government program or insurance company, but a **non-profit** clinic dependent on contributions and grants to cover operating costs.
2. I understand that I will not be turned away for the lack of payment. However, I understand that the clinic appreciates a voluntary contribution of **\$20.00** for primary care and laboratory visits and **\$30.00** for specialty care.
3. I understand that there is a **NO SHOW** fee of **\$50.00**.
4. I understand that once my appointment is scheduled it is my responsibility to remember the **date and time** and I **must keep the appointment**.
5. I understand that I must call or leave a message within **24 hours** to **cancel or reschedule** my appointment at **240-773-0300** or via email appointments@mercyhealthclinic.org
6. I understand that the following reasons **CAN cause termination from the clinic or outside resources**:
 - **Noncompliance with treatment instructed by physician.**
 - **Misconduct or rudeness**
 - **Misuse of service**
 - **NO SHOW to any appointment**
7. 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 for which the patient did not receive a Mercy Health Clinic referral form or if the patient did not follow given instruction.
8. I understand that MHC does not provide total medical care and that the **clinic is only open** on Monday + Wednesday (8:30-5:00pm) Tuesday + Thursday 8:30-8:00pm **Closed on FRIDAY**. **Laboratory Hours** are (Monday + Wednesday 7:30 am - 10:30 am) **Eligibility screening hours** are (Wednesday 1:00pm – 3:00 pm)
9. I understand the MCAres program is not for patients who qualify for health Insurance. Patients must apply for Maryland Health Connection to get an approval or denial letter if they have a social security number.
10. I understand that Mercy Health Clinic accepts the following insurances (**Medicaid, WellPoint, Maryland Physician Care and CareFirst BCBS**) and **do not see patients who have been involved in a car or work accident or are pregnant**.
11. I understand that it is my responsibility to renew my eligibility with the MCAres program **every year before the expiration date**; (I need to provide proof of ID, proof of address and proof of income) otherwise, I will not be able to keep my scheduled appointments with the physician.
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: _____

Date _____



MercyHealthClinic

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.