

**INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE LA MUJER
DE WISCONSIN (WWWP)**

Escriba claramente. La información dada en este documento es confidencial bajo Wis. Stats. 146.42

INFORMACIÓN PERSONAL – Completada por la clienta

1. Apellido: _____ 2. Primer nombre: _____
3. Inicial del 2º nombre: _____ 4. Apellido anterior: _____
5. Calle: _____ 6. Ciudad: _____ 7. Estado: _____ 8. Código postal: _____
9. Condado donde vive: _____ 10. Tribu: _____ 11. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / ____
12. N° de identificación de la clienta: ____ - ____ - ____ 13. N° de Seguro Social: (Opcional) ____ - ____ - ____
14. Teléfono de día: (____) _____ 15. Otro teléfono/celular: (____) _____
16. Dirección postal: (si distinta de la anterior) _____ 17. Ciudad: _____ 18. Estado: _____ 19. Código postal: _____
20. Raza: (marque todo lo que corresponda) Blanca Negra / Afroamericana Asiática Nativa de Hawai u Oceanía
 Indio Americano o nativo de Alaska Desconocida
21. Origen étnico: Hispana / Latina No hispana Desconocido
22. Contacto de emergencia que no vive con usted: _____ 23. Relación: _____
24. Dirección: _____ 25. Ciudad: _____ 26. Estado: _____ 27. Código postal: _____
28. Teléfono de día del contacto: (____) _____ 29. Otro teléfono/celular: (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO – Completada por la clienta

30. ¿Tiene Medicaid (incluida la Exención a Planificación Familiar)? Sí No 31. ¿Tiene la Parte B de Medicare? Sí No
32. ¿Tiene seguro de salud? Sí No 33. ¿Tiene seguro de salud por invalidez? Sí No

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA – Completada por la cliente

34. ¿Tiene un proveedor de atención médica primaria? Sí No 35. Si sí, nombre del proveedor: _____
36. Nombre de la clínica : _____
37. Calle: _____ 38. Ciudad: _____ 39. Estado: _____ 40. Código postal: _____
41. ¿Cómo se enteró de este programa? Coordinador de WWWP Pariente/amigo Radio / TV Periódico Folleto / Póster
 Clínica / Proveedor Médico Feria Cartel Anuncio en autobús Otro

42. ACUERDO DE PARTICIPACIÓN DE LA CLIENTA

Entiendo y acuerdo a lo siguiente: El Programa de Wisconsin para el Bienestar de la Mujer (WWWP) usará la información que me identifica sólo para la inscripción, la administración y el manejo de casos del programa. Doy permiso a WWWP para que comparta mi información médica con la Agencia Coordinadora Local (LCA), otros proveedores de servicios, agencias de derivación y el Estado de Wisconsin. Entiendo que WWWP paga servicios de exámenes preventivos, pero no paga servicios de tratamiento médico. He visto los criterios actuales para ser elegible para el programa y, según lo que yo sé, mi ingreso anual no los excede. Toda la información que he dado es verdadera y correcta. Informaré a la LCA de WWWP si me mudo o no deseo continuar participando.

Entiendo que la inscripción es válida por un (1) año a partir de la fecha firmada.

43. FIRMA – Solicitante: _____ 44. Fecha de la firma: _____
45. FIRMA – Testigo: _____ 46. Fecha de la firma: _____

Office Use Only

47. Enrollment Re-Enrollment Dis-Enrollment Date (mm/dd/yyyy): ____ / ____ / ____ Deceased Date of death (mm/dd/yyyy): ____ / ____ / ____
48. Certifying Agency No.: _____ 49. Certifying Agency Name: _____
50. Enrollment Start Date (mm/dd/yyyy): ____ / ____ / ____ 51. Enrollment End Date (mm/dd/yyyy): ____ / ____ / ____
52. Age ≥ 35: Yes No 53. Income ≤ 250% of Federal Poverty Level: Yes No 54. Uninsured 55. Underinsured (See insurance info above)
56. Translation services needed: Yes No 57. Language: _____ 58. Household size: _____
61. Meets Eligibility Requirements Eligibility Confirmed By: _____ 62. Printed name: _____ 63. Signature: _____