

BENEFITS: Doctor office visits \$5 • Prescription medication \$15-\$40 • Lab tests and X-rays \$5/test
BENEFICIOS: Visitas al médico \$5 • Recetas médicas \$15 - \$40 • Laboratorio y Radiología \$5/examen

FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DE OFICINA

Site Income

Township Emp. Status

Returning Access to Care members include membership number:
 Si es miembro de Access to Care que regresa, escriba su número de membresía aquí:

1. PLEASE LIST FAMILY MEMBERS (INCLUDING YOU) APPLYING IN THE CHART BELOW.

(Family means you, your spouse, and your children under 21 living with you.) PLEASE PRINT CLEARLY.

Favor de enlistar todos los miembros de la familia (incluyendose usted) que desean inscribirse en ATC.

(Familia significa usted, su esposa/o, y niños menores de 21 años de edad que viven con usted.)

FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE.

				FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DE OFICINA									
Family Size Cantidad Familiar	Name (Last, First, MI) Nombre (Apellido, Nombre)	Sex Sexo	Date of Birth Fecha De Nacimiento	A/P/R	ETH	P.L.	INS	H	Phy Assign	Reg Date	Reen Date	Term RSN	
1. Self Aplicante		<input type="checkbox"/>											
2. Spouse Esposa(o)		<input type="checkbox"/>											
3. Dependant Dependiente		<input type="checkbox"/>											
4. Dependant Dependiente		<input type="checkbox"/>											

*Indicate Family Size / Indique la cantidad familiar: _____

If different than number of family listed above please explain / Si-es diferente de la cantidad de familia anotada anteriormente por favor explique: _____

2. COMPLETE ADDRESS/Direccion:

Street Address / Calle _____ City / Ciudad _____ Zip Code / Codigo Postal _____

Phone Number / Numero de Telefono _____ Email Address / Correo Electrónico _____

3. ETHNICITY:

Please check one:

- White African American Native Hawaiian, Pacific Islander Asian
 American Indian, Alaska Native Other Hispanic, Latino
Grupo Étnico:
 Blanco Africano Americano Nativo Hawaiano, Isleño Pacifico Asiático
 Americano Indige, Nativo de Alaska Otro Hispano, Latino

4. PRIMARY LANGUAGE:

- English Spanish Other _____
Primer Idioma: Ingles Espanol Otro _____

5. ARE YOU ELIGIBLE FOR PUBLIC AID?

- No Yes *If unsure call our office for screening.
¿Es Elegible Para Ayuda Pública? No Si *Si no está seguro, llame a la oficina para saber.

6. DO YOU HAVE HEALTH INSURANCE?

- No Yes If yes, what is your deductible? _____
¿Tiene Seguro Médico? No Si Su respuesta es sí, ¿cual es su deducible? _____

NOTES: _____