



**INSTRUCCIONES DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**  
**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, Formulario 3064**  
**y**  
**Formulario de cribado suplementario**

Los solicitantes deben acceder a todos los formularios de asistencia financiera directamente desde el sitio web del hospital en [www.huntsvillememorial.com](http://www.huntsvillememorial.com). Los formularios deben imprimirse y completarse de acuerdo con las instrucciones siguientes, y los proporcionados al imprimir el formulario desde el sitio web.

Huntsville Memorial Hospital utiliza el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, Formulario 3064 para todos los programas de asistencia financiera.

**INFORMACIÓN PERSONAL:**

- Imprima su nombre legal completo.
- Escriba su número de teléfono de hogar y trabajo y proporcione un teléfono diurno donde se le puede contactar con más frecuencia.
- Escriba su dirección actual y en qué país vive actualmente.
- Si está completando esta solicitud para alguien que no sea usted, escriba el nombre legal completo y el número de seguro social del paciente para el que se está completando esta solicitud.

**MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESOS MENSUALES:**

- Imprima los nombres de todos en su hogar junto con sus edades, tengan o no ingresos.
- Inclúyete a ti mismo, a otras personas relacionadas y no relacionadas en tu hogar. (utilice otro pedazo de papel si necesita más espacio.)
- Escriba la cantidad de ingresos que cada miembro del hogar recibió el mes pasado, antes de que se saquen los impuestos o cualquier otra cosa, y de dónde proviene, como los ingresos, el bienestar, la manutención de niños, la seguridad social y otros ingresos.
- Si alguna cantidad el mes pasado fue más o menos de lo habitual, escriba los ingresos mensuales habituales de esa persona.

**COMPROBANTE DE INGRESOS, RESIDENCIA E IDENTIFICACIÓN:**

- **TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN INTENTAR ACREDITAR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES PARA VERIFICAR LOS INGRESOS:**

- Formulario W-2 del IRS
  - Remesa de cheques de pago de estados de cuenta de salarios y ganancias
  - Extracto bancario/Registros
  - Declaración de impuestos individual
  - Carta de compensación por desempleo o compensación por desempleo de la Seguridad Social, los trabajadores
  - Prueba de elegibilidad para el Programa de Gobierno
  - Declaración de discapacidad médica que enumera el plazo de discapacidad y documentación o prueba de tres o más meses sin ingresos por período de discapacidad
  - Verificación telefónica por parte del empleador de los ingresos del paciente
  - Otro
  - También puede verificar sus ingresos haciendo que su empleador proporcione verificación por escrito; (2) hacer que su empleador hable con un representante del Hospital; o (3) proporcionar una declaración escrita o verbal al representante del hospital verificando sus ingresos brutos anuales del hogar.
- **Si no puede proporcionar una de las fuentes de documentación de ingresos enumeradas anteriormente, proporcione una explicación por escrito en la sección VERIFICACIÓN DE INGRESOS de la Solicitud de Asistencia Financiera.**

GASTOS MENSUALES:

- Escriba la cantidad habitual de gastos del hogar.

NÚMEROS DE FIRMA Y SEGURO SOCIAL:

- Todas las solicitudes deben tener la firma de un miembro adulto del hogar (a menos que los problemas o situaciones médicas, es decir, el aislamiento, I.C.U., etc. estén seguros.). Si no es posible o factible obtener una firma, por favor explique al personal del hospital por qué la firma no está disponible.
- La solicitud debe tener el número de seguro social del adulto que firma.
- Si el adulto no tiene un número de seguro social, escriba "NONE" para mostrar que el adulto no tiene un número de seguro social.
- Es posible que se requiera información adicional para determinar su elegibilidad, dependiendo del programa para el que esté solicitando.

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD:

se determinará sobre la base de las Directrices de ingresos por pobreza del 200%.

Las solicitudes aprobadas de ➤ cubren los cargos solo en Huntsville Memorial Hospital y Rural Health Clinic. Formulario de información suplementaria de muestra:

Sample Form 3064 - Spanish:

Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes  
**Solicitud de asistencia médica**

**For Office Use Only (Solo para uso de la oficina)**

Status <input type="radio"/> Application <input type="radio"/> Review	Date Form 3064 Requested/Issued	Date Identifiable Form 3064 Received	Case Record No.	Appointment Date and Time, if applicable
---	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------	--

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Código postal y núm. de teléfono.	Otro núm. de teléfono con código de área
--	-----------------------------------	--

¿Alguna vez ha usado otro nombre? De ser así, indique los nombres que ha usado.

Sí  No

Domicilio postal (calle o apartado postal)	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
--	---------------	--------	--------	---------------

Dirección postal, si es diferente a la anterior. Si es un domicilio rural, indique cómo llegar.

1. En la tabla a continuación, use el primer renglón para poner información sobre usted. En los otros renglones, ponga la información de todas las personas que viven en la casa con usted, aún si no se consideran miembros del hogar.

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social (si lo sabe)	Sexo (Masculino/ Femenino)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Es usted extranjero patrocinado?
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

**Nota:** La palabra "hogar" en las preguntas 2 a 16 se refiere a usted, su cónyuge y cualquier otra persona que viva con usted y con la que tenga una relación legal. No es necesario incluir información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su "hogar".

2. ¿En qué condado y estado está ubicado su hogar (dónde está su hogar permanente)?

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ¿Piensa permanecer en este condado y estado?  Sí  No

3. Plan de vivienda: Seleccione todas las casillas que correspondan a su hogar.

<input type="checkbox"/> Es dueño o está pagando por el hogar	<input type="checkbox"/> Vive en una casa que otra persona paga	<input type="checkbox"/> No tiene residencia permanente
<input type="checkbox"/> Vive con otra persona	<input type="checkbox"/> Renta una casa o apartamento	<input type="checkbox"/> Cárcel

4. Anote los gastos promedios mensuales de su hogar.

Renta/hipoteca	\$
Servicios públicos (gas, agua, luz)	\$
Teléfono	\$
Servicios de transporte (como gasolina, pagos del carro, autobús)	\$
Impuestos y seguro anuales del hogar	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$

¿Paga alguien estos gastos del hogar por usted?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

5. ¿Recibe usted o alguien de su hogar alguno de los siguientes beneficios?  Sí  No  
 Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)  Programa SNAP (estampillas para alimentos)  Beneficios de Medicaid  
 Si contesta que sí, ¿quién recibe estos beneficios? \_\_\_\_\_

6. ¿Está usted o alguien de su hogar embarazada?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién está embarazada? \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene usted o alguien de su hogar una discapacidad?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién tiene una discapacidad? \_\_\_\_\_

8. ¿Ha solicitado usted o alguien de su hogar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)?  
 Sí  No Si contesta que sí, ¿quién solicitó estos beneficios y cuándo? \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene usted o alguien en su hogar facturas sin pagar por servicios de atención médica de los últimos tres meses?  Sí  No  
 Si contestó que sí, ¿de cuáles meses? \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene usted u otra persona en su hogar cobertura de atención médica (Medicare, seguro médico, Asuntos de Veteranos, Tricare, etc.)?  
 Sí  No Si contesta que sí, ¿quién tiene cobertura? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuánto dinero tiene en su cartera, en su casa, en cuentas bancarias o en otros lugares?

12. ¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tienen usted y los demás miembros de su hogar? A continuación, anote el año, marca y modelo.

Año	Marca y modelo	+
1		-

13. ¿Es dueño o paga usted o alguien de su hogar una casa, un lote, unas tierras u otra propiedad?  Sí  No

14. En los últimos tres meses, ¿vendió, intercambió o regaló usted u otro miembro del hogar algún dinero o propiedad?  Sí  No

15. ¿Ha trabajado usted o alguien de su hogar en los últimos tres meses?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién trabajó? \_\_\_\_\_

16. En la siguiente tabla anote todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero de una capacitación o trabajo; dinero que cobra por dar alojamiento y comida; dinero regalado, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otras personas; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención infantil, y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del departamento, persona o empleador que aporta el dinero	Cantidad recibida	Frecuencia del ingreso

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en darle al personal que determina el derecho a la participación y al condado cualquier información que sea necesaria para comprobar las declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Estoy de acuerdo en informar de cualquier de los siguientes cambios en un plazo de 14 días:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud o participación en SSI, TANF o Medicaid

Me han informado y tengo por entendido que esta solicitud se tramitará sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud o la recertificación de asistencia, y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.

Tengo entendido que, al firmar esta solicitud, le doy al condado el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica proporcionados por el condado de cualquier tercero.

Estoy de acuerdo en dar al condado cualquier información que necesite para identificar y localizar todas las otras fuentes de pago de los servicios de salud.

Se me ha informado y entiendo que no cumplir con las obligaciones establecidas podría considerarse una retención intencional de información de mi parte y podría dar lugar a que se recuperen los fondos mediante el reembolso o la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Antes de firmar, asegúrese de haber dado respuestas completas y correctas. Si el solicitante está casado y su cónyuge es un miembro del hogar, el cónyuge también puede firmar y fechar este formulario aunque sea un miembro del hogar excluido.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 "X")

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (si el solicitante firmó con una

\_\_\_\_\_  
Dirección de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 (calle, ciudad, estado, código postal):

\_\_\_\_\_  
Código de área y tel.:

Sample Supplemental Information Form:



Does patient have primary insurance?  N  Y \_\_\_\_\_ Room # \_\_\_\_\_



Account Number: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Patient Email Address: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

<p><b>Patient Demographic</b> <input type="checkbox"/> Same as Demo</p> <p>Last, First: _____</p> <p>Maiden Name: _____</p> <p>Street: _____</p> <p>City, State: _____</p> <p>County &amp; Zip: _____</p> <p>Mailing Address (if different from above): _____</p> <p>Phone: _____</p> <p>Cell: _____</p>	<p><b>Citizenship Status</b></p> <p><input type="checkbox"/> US</p> <p><input type="checkbox"/> Legal Resident Entry Mo/Yr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Work Permit</p> <p><input type="checkbox"/> VISA (Student/Tourist/Business)</p> <p><input type="checkbox"/> Foreign Citizen (72 hour Pass)</p> <p><input type="checkbox"/> Undocumented</p> <p><input type="checkbox"/> Refugee/Asylee From: _____</p> <p>Place of Birth: _____</p> <p>Patient Primary Language: _____</p> <p>Mother's Maiden Name: _____</p> <p>Father's Name: _____</p> <p>Difficulty Reading/writing? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p>	<p><b>Guarantor</b> <input type="checkbox"/> Same as Patient</p> <p>Guarantor: _____</p> <p>DOB: _____</p> <p>SS#: _____</p> <p>Street: _____</p> <p>City, State: _____</p> <p>County &amp; Zip: _____</p> <p>Phone: _____</p> <p>Cell: _____</p> <p><i>if PO Box need physical</i></p>
--	--	---

<p><b>Household Composition</b></p> <p><b>Patient's Marital Status</b></p> <p><input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Separated (how long) _____</p> <p><b>Spouse Information</b></p> <p>Spouse Name: _____ NOR: _____</p> <p>SS#: _____ <input type="checkbox"/> US Citizen <input type="checkbox"/> Legal Resident <input type="checkbox"/> Undocumented</p>	<p><b>Tax Calculations</b></p> <p>Did applicant file taxes in prior year? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <i>or a spouse or</i> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>Under what status? <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married/ Jointly <input type="checkbox"/> Married/ Separate</p> <p>Adj Gross Income: _____ # Dependents Claimed? _____</p> <p>Were you claimed as a tax dependent by someone? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>Relationship to Tax Filer who claimed you? _____</p>
---	--

<p><b>Child 1:</b> <input type="checkbox"/> Dir Related <input type="checkbox"/> Step Child <input type="checkbox"/> Dependent Claimed</p> <p>Name: _____</p> <p>DOB: _____</p> <p>SS#: _____</p> <p>US Citizen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Coverage? <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> Ins <input type="checkbox"/> None</p>	<p><b>Child 2:</b> <input type="checkbox"/> Dir Related <input type="checkbox"/> Step Child <input type="checkbox"/> Dependent Claimed</p> <p>Name: _____</p> <p>DOB: _____</p> <p>SS#: _____</p> <p>US Citizen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Coverage? <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> Ins <input type="checkbox"/> None</p>	<p><b>Child 3:</b> <input type="checkbox"/> Dir Related <input type="checkbox"/> Step Child <input type="checkbox"/> Dependent Claimed</p> <p>Name: _____</p> <p>DOB: _____</p> <p>SS#: _____</p> <p>US Citizen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Coverage? <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> Ins <input type="checkbox"/> None</p>	<p><b>Child 4:</b> <input type="checkbox"/> Dir Related <input type="checkbox"/> Step Child <input type="checkbox"/> Dependent Claimed</p> <p>Name: _____</p> <p>DOB: _____</p> <p>SS#: _____</p> <p>US Citizen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Coverage? <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> Ins <input type="checkbox"/> None</p>
--	--	--	--

**Patient Income**  Employed  Self-Employed  Cash/Day Work  Unemployed (since \_\_\_\_\_) Employer: \_\_\_\_\_

Hourly \$ \_\_\_\_\_ Hrs/PP: \_\_\_\_\_ Salary Rate \$ \_\_\_\_\_ Employer Phone: \_\_\_\_\_

Frequency Paid:  Weekly (x 4.33)  Bi-Weekly (x 2.17)  Semi-Monthly (x 2.08)  Monthly Length of Employment: \_\_\_\_\_  Mo  Yrs

Est. Mo. Income \$ \_\_\_\_\_ Last check received \$ \_\_\_\_\_ Income DOS Month \$ \_\_\_\_\_

**Spouse Income**  Employed  Self-Employed  Cash/Day Work  Unemployed (since \_\_\_\_\_) Employer: \_\_\_\_\_

Hourly \$ \_\_\_\_\_ Hrs/PP: \_\_\_\_\_ Salary Rate \$ \_\_\_\_\_ Employer Phone: \_\_\_\_\_

Frequency Paid:  Weekly (x 4.33)  Bi-Weekly (x 2.17)  Semi-Monthly (x 2.08)  Monthly Length of Employment: \_\_\_\_\_  Mo  Yrs

Est. Mo. Income \$ \_\_\_\_\_ Last check received \$ \_\_\_\_\_ Income DOS Month \$ \_\_\_\_\_

Does patient or spouse have insurance available thru employer but declined coverage due to cost?  Y  N If yes, what was monthly premium? \_\_\_\_\_

Has patient or spouse lost health coverage from an employer in the last 60 days?  Y  N SEP Eligible?  Y  N COBRA Eligible?  Y  N Cost for COBRA? \_\_\_\_\_

<p><b>Other Income</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unemployment \$ _____ <input type="checkbox"/> Widow's/Survivor's Benefits \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> SSD \$ _____ How Long Until MCR _____ <input type="checkbox"/> Other \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Retirement / Pension \$ _____ <input type="checkbox"/> Cash Assistance \$ _____</p> <p>Cash Assistance Received from: _____</p>	<p><b>Count for MAGI Programs</b></p> <p><input type="checkbox"/> Child Support \$ _____ <input type="checkbox"/> Court-Ordered <input type="checkbox"/> Voluntary</p> <p><input type="checkbox"/> SSI \$ _____ MCD Benefits <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Food Stamps \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> VA Benefits \$ _____ <input type="checkbox"/> Workers Comp \$ _____ <input type="checkbox"/> GI Bill \$ _____</p>
--	--

**Patient Resources** (Do Not Count for MAGI Program)

Checking \$ \_\_\_\_\_ Institution: \_\_\_\_\_ Savings \$ \_\_\_\_\_ Institution: \_\_\_\_\_

<b>Auto 1</b> <input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> Financed Pymt \$ _____ <input type="checkbox"/> Leased Yr: _____ Make: _____ Model: _____	<b>Auto 2</b> <input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> Financed Pymt \$ _____ <input type="checkbox"/> Leased Yr: _____ Make: _____ Model: _____	<b>Auto 3</b> <input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> Financed Pymt \$ _____ <input type="checkbox"/> Leased Yr: _____ Make: _____ Model: _____
---	---	---

Any Additional Assets:  Stocks \$ \_\_\_\_\_  Bonds \$ \_\_\_\_\_  Retirement / 401(k) \$ \_\_\_\_\_  IRA \$ \_\_\_\_\_  
 Burial Plot \$ \_\_\_\_\_  Life Ins \$ \_\_\_\_\_  Real Property \$ \_\_\_\_\_  Boat / RV / ATV \$ \_\_\_\_\_  Other \_\_\_\_\_

**Patient Expenses**

Home:  Own  Rent Mortgage / Lease Amt \$ \_\_\_\_\_  
 Staying with \_\_\_\_\_  
 Food: Avg. Mo. Exp. \$ \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Gas: Avg. Mo. Exp. \$ \_\_\_\_\_  Home \$ \_\_\_\_\_  
 Medications: Avg. Mo. Exp. \$ \_\_\_\_\_  Cell \$ \_\_\_\_\_  
 Electricity: Avg. Mo. Exp. \$ \_\_\_\_\_  
 Water: Avg. Mo. Exp. \$ \_\_\_\_\_

**Patient Deductions**

Alimony Paid \$ \_\_\_\_\_  
 Student Loan Interest \$ \_\_\_\_\_  
 Educator Expenses \$ \_\_\_\_\_  
 Health Savings Account (HSA) \$ \_\_\_\_\_  
 IRA Deductions \$ \_\_\_\_\_  
 Self-Employment Business Exp \$ \_\_\_\_\_

**Young Adult**

Is Patient under age of 26?  Y  N  
 Does patient have a parent with employer sponsored health insurance?  Y  N  
 Date of parent's open enrollment period? \_\_\_\_\_  
 Is patient a former foster care child and now between the ages of 18 and 26?  Y  N

**Hospitalization** Admitting Diagnosis: \_\_\_\_\_ Treating Diagnosis: \_\_\_\_\_

If diagnosis is Breast or Cervical Cancer, is this initial diagnosis/treatment?  Y  N Other Medical Conditions: \_\_\_\_\_

Is Patient Pregnant  Y  N Due Date: \_\_\_\_\_  
 Related to Accident  Y  N (If Yes, go to Part)  Y  N Date of Accident: \_\_\_\_\_  MVA  EPL  
 Ins. Name: \_\_\_\_\_ Ins. Phone: \_\_\_\_\_ Claim # \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_  
 At Fault Party Information Ins. Name: \_\_\_\_\_ Ins. Phone: \_\_\_\_\_ Claim # \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

Related to Work?  Y  N  
 Related to a crime  Y  N Police report filed  Y  N Agency Reported to: \_\_\_\_\_ Report/Incident # \_\_\_\_\_  
 Date of Incident: \_\_\_\_\_ Brief Description of Crime: \_\_\_\_\_

Applied for disability  Y  N  Resc  SSI  
 Stage:  Initial  Recon  Hearing Original File Date: \_\_\_\_\_ Alleged onset date: \_\_\_\_\_  
 Disability Attorney/Rep:  Y  N Name of Representative: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Does patient claim to be disabled?  Y  N Is patient able to work?  Y  N Usual Occupation? \_\_\_\_\_ Yrs of Exp? \_\_\_\_\_  
 Does patient plan on returning to work?  Y  N Highest Level of Education Completed:  Elementary  Middle School  High School  
 GED  Tech Cert. Degree  College/Grad

*Patient must answer yes to all four questions in order to qualify for 100% BV Reimbursement*

Is the patient a veteran?  N  Y  
 Is the patient reg. in the VA Health Care System?  N  Y  
 Has patient recvd services through the VA in last 24 mo's?  N  Y  
 Did patient receive Emergency Service at your facility?  N  Y

Have you applied for MCD before?  Y  N If yes, when? \_\_\_\_\_  
 Case Worker Name: \_\_\_\_\_  
 Does anyone in your household, including yourself, smoke tobacco? How many?  Y  N  
 # of people \_\_\_\_\_?

**Regional Questions**

Are you on CHIP Perinatal?  N  Y CHIP ID # \_\_\_\_\_  Below 185%  Above 185%  
 Are you currently on a county program?  N  Y Name of County Program: \_\_\_\_\_  
*Example: Gold Card/MAR/Solar County*

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_