



Declaración de Indigencia

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de Cuenta: _____

Siendo un Centro de Salud Federalmente Calificado y un beneficiario del fideicomiso para personas sin hogar de HRSA, Health Partnership Clinic (HPC) permite proporcionar el ajuste de los cargos para pacientes que están actualmente sin hogar. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. define la falta de vivienda en la sección 330 (h) (5) (A) como sigue:

1. Un individuo cuya residencia principal durante la noche es una institución temporal supervisada ya sea pública o privada (es decir, refugios) y / o un individuo que reside en una vivienda temporal.
2. Una persona sin hogar es un individuo sin vivienda permanente que puede vivir en la calle, permanecer en un refugio, misiones, una habitación de ocupación única, edificio o vehículo abandonado o cualquier otra situación inestable o no permanente.
3. Una persona puede ser reconocida como sin hogar si esa persona tiene inestabilidad en sus arreglos de vivienda y es forzada a quedarse con una serie de amigos y / o familiares.
4. Individuos que serán liberados de una prisión u hospital pueden considerarse sin hogar si no tienen una vivienda estable a la que puedan regresar.

Provea una breve explicación de sus arreglos de vivienda:

¿Puede proporcionar documentación que respalde su estado de indigencia? Por ejemplo, carta del refugio o autoridad de vivienda de transición, documento de liberación de prisión, etc. Si No **[En caso afirmativo, envíe copia de la documentación]**

Si no, ¿puede proporcionar la información del algún contacto quien pueda atestiguar su situación? Yes No

En caso afirmativo, Nombre: _____ Numero de teléfono: _____

Declaración

Entiendo que mi firma confirma que actualmente estoy sin hogar según la definición de este documento y que Health Partnership Clinic puede verificar la información que he proporcionado. Además, entiendo que la excepción de estado de personas sin hogar se asigna temporalmente y se me pedirá que actualice mi estado dentro de los 90 días posteriores a la fecha de esta declaración.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

----- **No Escribir debajo de esta línea -Para uso de HPC solamente-**-----

Does the patient meet the HHS definition of homelessness as stated in HPC Policy 12.21? Yes No

If no, why not? _____

Staff Signature _____ Date _____

Patient Account Update

Patient status documented in eCW, structured data assigned, Homeless insurance carrier added in patient registration effective for 90 days, add as a Secondary Insurance if patient has health coverage.

90-day alert set on account: _____