



HOLMES COUNTY HEALTH DEPARTMENT

P. O. BOX 337 • 603 SCENIC CIRCLE • BONIFAY, FL 32425 • (850) 547-8500 • FAX (850) 547-8515

FINANCIAL STATEMENT FOR FEE DETERMINATION

Name: Birthdate: Soc. Sec. Number:
Mailing Address: City: State:
Street Address: City: State:
Work Phone Number: Home Phone Number:
Directions to your residence:

*****PLEASE READ CAREFULLY REGARDING YOUR FEE FOR SERVICES

You will be charged a fee for our services based on your family size and annual income. Please provide information to assist in determining your fee. You may request a review of the fee charge. You have the right to refuse to give financial information, thereby accepting a fee equal to the full cost of service.

I choose to pay full cost of service. Yes No
Are you on Medicaid, Medicare, or private insurance? Yes No Name of Insurance:

Income for your complete household or family unit

List each family member in household and include ALL types of income (SSI, AFDC, child support, retirement, unemployment, etc.)

Table with 5 columns: Name, Date of Birth, Family Relation, Place of Employment or other Source of income, Income before deductions/taxes (Please Circle). Rows 1-6.

Do you pay out child support? Yes No How much monthly?
Do you pay out child care? Yes No How much monthly?

PLEASE READ CAREFULLY BEFORE SIGNING: I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. I know that I may be prosecuted under state law if I knowingly conceal or report wrong information. I give consent to the staff of Holmes County Health Department to make inquiry and verify the information I have reported. I agree to report any change in gross income in excess of fifty dollars (\$50) per month and any change in number of dependents. If I knowingly withhold or falsely misrepresent any information, I will be assessed at full cost of service.

Date: Signature:

CONTACT PERSON IN CASE OF EMERGENCY

Name of contact: Relation:
Phone number of contact person: Home: Work:

I hereby authorize the Holmes County Health Department Staff and/or whomever they may delegate to provide medical, nursing, emergency care or such treatment as is necessary.

Signature of Patient, Legal Guardian/Nearest Relative:

El ESTADO FINANCIERO PARA la DETERMINACION del HONORARIO

La Fecha de nacimiento de Name: _____ : Soc _____. Sec. El número: _____ que Envía Address: _____ la Ciudad: el Estado _____ : la Dirección de la Calle _____ : _____ la Ciudad: el Estado _____ : el Número de teléfono del Trabajo _____ : _____ en casa Número de teléfono: _____ las Direcciones a su residencia: _____

*****PLEASE LEYO CON CUIDADO CON RESPECTO A SU HONORARIO PARA SERVICIOS

Usted será cargado un honorario para nuestros servicios basados en su tamaño de la familia e ingresos anuales. Proporcione por favor información para participar en determinar su honorario. Usted puede solicitar una revisión de la carga del honorario. Usted tiene el correcto para negarse a dar información financiera, con lo cual aceptando que un honorario iguala al costo completo del servicio.

Escojo pagar costo completo del servicio. ¿Sí ____ no ____ Es usted en Seguro médico, en el cuidado Médico, ni en el seguro privado? Sí ___ no __ el Nombre del Seguro: _____

Los ingresos para su casa completa o la Lista de la unidad de la familia cada miembro de la familia en la casa e incluye toda clase de ingresos (SSI, AFDC, apoyo de niño, la jubilación, el desempleo, etc..) El lugar de Ingresos de Empleo antes Familia u otra Fuente de deducciones/impuestos Denominan la Fecha de ingresos de Relación de Nacimiento (por favor Círculo) mo de mo de mo de mo de mo de

- 1. _____ \$ _____ wk
2. _____ \$ _____ wk
3. _____ \$ _____ wk
4. _____ \$ _____ wk
5. _____ \$ _____ wk
6. _____ \$ _____ wk

¿Paga usted fuera apoyo de niño? ¿Sí ____ no ____ cuánto mensualmente? _____ que usted paga fuera el cuidado de niño? Sí _____ no ____ cuánto mensualmente? _____

LEA POR FAVOR CON CUIDADO ANTES FIRMAR: certifico que el encima de información es verdad y correcto al mejor de mi conocimiento y la creencia. Sé que puedo ser procesado bajo la ley del estado si oculto astutamente o informo información equivocada. Doy el consentimiento al personal del Departamento de la Salud de Condado de Holmes a hacer la indagación y verificar la información que he informado. Conuerdo en informar cualquier cambio en rentas brutas por encima de cincuenta dólares (\$50) por mes y cualquier cambio en el número de dependientes. Si retengo tergiverso falsamente o astutamente cualquier información, yo seré valorado en costo completo del servicio.

La fecha: Signature: _____

CONTACTE a PERSONA EN CASO DE el Nombre de la EMERGENCIA de la Relación de contact: _____ : el número de teléfono _____ de persona de contacto: en casa: el Trabajo _____ :

Yo por la presente autorizo el Personal del Departamento de la Salud de Condado de Holmes y/o quienquiera ellos pueden delegar a proporcionar médico, cuidar, el cuidado de la emergencia o tal tratamiento como es necesario.

La firma de Paciente, Guardián MAS CERCANO

Relative: _____ Legal