**Office Use Only**

**Сегодняшная Дата**:**\_\_\_\_**/**\_\_\_\_**/**\_\_\_\_** MSS 1st visit:

**Клиент**: *Имя*:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Фамилия:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Отчество:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Приставка к имени: младший, старший, I, II, III, IV

**Предпочитаемое имя или прозвище\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Другие имена/псевдонимы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Номер социального обеспечения (необязательно): \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_**

**Пол:** **□** Женский **□** Мужской **□** Другое**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Дата рождения** (**мес./день/год**): **\_\_\_**/**\_\_\_**/**\_\_\_**

**Адрес**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Город**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Штат\_\_\_\_\_\_\_Почтовый индекс**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Домашний телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Можно ли Вам звонить по этому номеру? □ Да □ Нет

**Мобильный/Сотовый телефон**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Можно ли Вам звонить поэтому номеру? □ Да □ Нет

**Адрес электронной почты** (необязательно)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Язык**: Вам нужен переводчик? □ Да □ Нет. Если отметили “да”, тогда какой Ваш основной язык?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Жилищный статус**

|  |
| --- |
| За прошедший год у вас жилищная ситуация безопасная и стабильная? □ Да □ Нет  Если “Нет”: □ Транзитное жилье □ Разделяю жилье с другими □ Убежище □ Живу на улице/палатке/под мостом  □ Другое, опишите:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Мигрант или Сезонный рабочий?** □ Нет □ Рабочий-мигрант □ Сезонный рабочий

**Статус ветерана:** Служили ли Вы в армии Соединенных Штатов? □ Да □ Нет

**Этническое происхождение**: □ Испанское/Латиноамериканское □ Не Испанское/ не Латиноамариканское □ Предпочитаю не указывать

**Раса:** Пожалуйста, отметьте все, что подходит: □ Азиат □ Коренной житель Аляски □ Американский индеец □ Черный или Афро-Американец □ Уроженец островов Тихого океана □ Уроженец Гаваев □ Белый/Европеец □ Предпочитаю не указывать

**Первичные медицинские услуги:** В настоящий момент у Вас имеется основной лечащий врач/поликлиника : □ Да □ Нет

Если “да”, тогда кто этот доктор/поликлиника?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Какие виды услуг Вы сегодня получаете?**

□ Стоматологические □ Планирование семьи **□** Медицинские услуги □ Автомобильная авария **□** Компенсация рабочему □ WIC программа/Программа “В Поддержку Материнства”

**Финансовый доход:** Эта информация необходима для определения вашей льготной скидки (на транспортные услуги скидка не распространяется). Укажите доход всех членов семьи до вычета налогов, включая оклад/зарплату, DSHS/Денежные пособия с вэлфера, пособия отдела соцобеспечения/по инвалидности, пособие по безработице, алименты на ребенка, т.д. $**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/в месяц

Сколько людей живут за счет этого дохода?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Информация о медицинской страховке**

Есть ли у Вас медицинская страховка или зубная страховка?

**□ Да** (пожалуйста, покажите Вашу карточку регистратору) **□ Нет**

Если “да”, пожалуйста, отметьте все, что подходит: **□** Медкупон/ProviderOne **□** Противозачаточные средства/Take Charge **□** Страховой медицинский план/Healthy Options **□** Пенсионная страховка/Medicare **□** Страховой план Бэйсик Хэлс/Basic Health Plan **□** Бэйсик ХэлсПлюс/ВHP Plus  **□** Медкупон с доплатой/CHIP **□** Частная страховка **□** Другая страховка**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Контактная информация в случае экстренной ситуации**

Имя контактного человека:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Родство:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_**  Официальный опекун: □ Да □ Нет

Телефон#**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Альтернативный телефон#**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ нижеперечисленную информацию, если вы подросток (13 -17 лет) и получаете конфиденциальные виды услуг.**

**Эту информацию заполняет родитель/опекун – это требование для клиентов моложе 18-ти лет**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия Имя Кем приходитесь клиенту | | | | |
| Телефон | Можно Вам звонить по этому номеру?  □ Да □ Нет | Альтернативный номер  телефона | Можно Вам звонить по этому номеру?  □ Да □ Нет | |
| Адрес (если не такой как у клиента) | | Город | Штат | Почтовый индекс |

**Информация другого родителя/опекуна – (когда приемлемо)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия Имя Кем приходитесь клиенту | | | | |
| Телефон | Можно Вам звонить по этому номеру?  □ Да □ Нет | Альтернативный номер телефона | Мржно Вам звонить по этому номеру?  □ Да □ Нет | |
| Адрес (если нетакой как у клиента) | | Город | Штат | Почтовый индекс |

**Информация о гражданстве – необходима только для программы “Медицинское Освидетельствование Беженцев” или для программ, предоставляемых лицом, ответсвенным за программы для беженцев/Refugee Screening or Civil Surgeon Programs**

|  |
| --- |
| Индентификационный номер иностранца/на белой карточке/Аlien ID: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Из какой страны приехали:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Дата прибытия (**мес/день/год**): **\_\_\_\_**/**\_\_\_\_**/**\_\_\_\_** |