

Partnership for Healthier Communities

Telephone: 703-698-2550 • Fax: 703-698-2556 • Email: phc@inova.org • Locations: www.inova.org/phc

Request for Information

Please contact me so that I can find out about free to very low cost medical programs. A representative may call me to schedule an interview by telephone, or in person. I understand the information shared in this interview will be confidential.

Release of Information/Authorization

- I give permission for the following information to be exchanged with representatives of the agencies listed.
- I may be contacted by Health Access Team about free, or very low cost medical care
- If I apply for a medical provider program, the following agencies may exchange information about the status of my application when necessary to complete the enrollment process.

This consent is valid for 12 months.

- | | |
|---|--|
| • Inova Health System | • Alexandria City Public Schools |
| • Medical Care for Children Partnership | • Fairfax County Public Schools |
| • Department of Medical Assistance Services | • Loudoun County Public Schools |
| • Department of Family Services | • Prince William County Public Schools |
| • Cover VA | |

CLIENT INFORMATION		
Name:		Primary Language:
Phone:	Cell:	Email:
Address:		
Spouse Name:		
CHILD INFORMATION		
Name:	DOB:	School Name:
Name:	DOB:	School Name:
Name:	DOB:	School Name:
REFERRAL SOURCE		
Name & Title:		Agency Name:
Email:	Phone:	Reason for Referral:

Signature _____ **Date** _____

Do not complete this section. For official use only.

Case Worker: _____

1st Contact – Date: _____ Outcome: _____

2nd Contact – Date: _____ Outcome: _____

Final Contact – Date PHK Letter Mailed: _____

Partnership for Healthier Communities

Teléfono: 703-698-2550 • Fax: 703-698-2556 • Email: phc@inova.org • Localidades: www.inova.org/phc

Solicitud de información

Por favor, necesito que me contacten para informarme sobre programas de atención médica gratuitas o de muy bajo costo. Puede llamarme un representante para coordinar una entrevista por teléfono o en persona. Comprendo que la información compartida en esta entrevista será de carácter confidencial.

Entrega de información y Autorización

- Autorizo a que la siguiente información sea intercambiada con representantes de las agencias citadas en el presente listado.
- El equipo de Health Access puede contactarme sobre atención médica gratuita o de muy bajo costo.
- Si decido suscribirme a un programa de asistencia médica, las siguientes agencias pueden intercambiar la información sobre el estado de la solicitud cuando sea necesario para completar el proceso de suscripción.

Este consentimiento es válido por 12 meses.

- | | |
|---|--|
| • Inova Health System | • Alexandria City Public Schools |
| • Medical Care for Children Partnership | • Fairfax County Public Schools |
| • Department of Medical Assistance Services | • Loudoun County Public Schools |
| • Department of Family Services | • Prince William County Public Schools |
| • Cover VA | |

INFORMACION DEL CLIENTE		
Nombre:	Idioma:	
Teléfono:	Cell:	Email:
Dirección:		
Nombre del cónyuge:		
INFORMACION DE HIJOS		
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Escuela:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Escuela:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Escuela:
FUENTE DE REFERENCIA		
Nombre & Título:	Nombre de Agencia:	
Email:	Teléfono:	Motivo de Referencia:

Firma _____

Fecha _____

Do not complete this section. For official use only.

Case Worker: _____

1st Contact – Date: _____ Outcome: _____

2nd Contact – Date: _____ Outcome: _____

Final Contact – Date PHK Letter Mailed: _____