AVISO AL PACIENTE

Nuestra meta en HOPES es proporcionar atención médica de calidad. Debido a nuestra preocupación por su salud y bienestar, hay ciertos tipos de medicamentos que capaz no se podrá prescribir a usted. Algunos ejemplos son los siguientes:

Oxycontin	Xanax
Oxycodone	Valium
Hydrocodone	Restoril
Percocet	Klonopin
Percodan	Tranxene
Lortab	Ativan
Lorcet	Ambien
Morphine	Soma
Tylenol #3	Methadone
Tylox	Vicodin
Ultram/Tramadol	Estimulantes para adultos

Si ya está tomando alguno de los medicamentos anteriores, su proveedor podría querer hablar con usted acerca de tratamientos alternativos.

Si usted es un paciente nuevo, tenga en cuenta que es muy improbable que seamos capaces de prescribir cualquiera de estos medicamentos para usted.

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca esta póliza, por favor no dude discutirlas con su proveedor o con el Director General de Salud.

NORTHERN NEVADA HOPES *your partner in health.*

FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	
RELEASE OF INFORMATION SIGNED	

NORTHERN NEVADA HOPES *your partner in health.*

Registro de Pacientes

_____ _____/_____/_____

FECHA NUMERO DE SEGURO SCOIAL (SI APLICA)

_____

PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

_____

NOMBRE PREFERIDO (SI APPLICA)

_____

DOMICILIO CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

_____ _____ _____

NUMERO DE TELEFONO NUMERO DE TELEFONO (TRABAJO) CORREO ELECTRONICO

_____

EDAD FECHA DE NACIMIENTO PAIS DE NACIMIENTO SEXO DE NACIMIENTO

_____

IDENTIDAD DE GENERO PRONOMBRE PREFERIDO ORIENTACION SEXUAL

Usted no da permiso para:

Llamarle a casa? ☐ Si ☐ No

Llamarle a su trabajo? ☐ Si ☐ No

Dejar mensaje(s) en casa? ☐ Si ☐ No

Dejar mensaje(s) en el trabajo? ☐ Si ☐ No

Enviarle correo electrónico? ☐ Si ☐ No

Enviar información de HOPES? ☐ Si ☐ No

Enviar mensajes de texto (SMS)?* ☐ Si ☐ No

*El proovedor de servicio puede aplicar tarifas.

Solicitar su participación en cuestionario? ☐ Si ☐ No

Alguna vez ha salido positivo en alguno de los siguientes exámenes?

☐ VIH ☐ Hepatitis C ☐ Otro _____

Sexo:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Raza:

☐ Indio Americano/ Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/ Afroamericano

☐ Nativo de Hawai/ Islas del Pacifico ☐ Blanco/Caucasico ☐ Otro

Etnicidad:

☐ Hispano(a) ☐ No-Hispano(a)

Idioma preferido:

☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro _____

Estado Civil:

☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Conyuge ☐ Divorciado/ Separado ☐ Viudo(a)

Estatus de empleo:
☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Servicio Militar Activo ☐ Ninguna

Ha estado en el ejército? ☐ Si ☐ No

Estatus de estudiante:
☐ Estudiante tiempo completo ☐ Estudiante de medio-tiempo ☐ No estudiante

Cómo se enteró de HOPES?

☐ Por un paciente de HOPES? ☐ Rotulo ☐ Pagina web de HOPES ☐Anuncio de televisión
☐Medios de comunicación social ☐TPP ☐ Otro_____

Alguna vez ha sido contactado por Change Point para recibir servicios en HOPES?
☐ Si ☐ No

Información de Seguro Medico:

Aplico para Medicaid ☐ **Si** ☐ **No** **En qué Estado?**_____
Genero en seguranza?: ☐ **M** ☐ **F**

Seguro Medico Primario (incluyendo Medicare/Medicaid)_____
Domicilio_____
Numero de Teléfono_____ Fecha de nacimiento_____/__/_____
Suscriptor_____ Empleador_____
Numero de Grupo_____ ID/# de Suscriptor_____
Numero de Medicare/Medicaid_____ Estado_____

Seguro Medico Secundario (incluyendo Medicare/Medicaid)_____
Domicilio_____
Numero de Teléfono_____ Fecha de nacimiento_____/__/_____
Suscriptor_____ Empleador_____
Numero de Grupo_____ ID/# de Suscriptor_____
Numero de Medicare/Medicaid_____ Estado_____

_____
CONTACTO DE EMERGENCIA NUMERO DE TELEFONO

_____
RELACION CON EL PACIENTE

_____
MEDICO DE ATENCION PRIMARIA (SI APLICA) NUMERO DE TELEFONO

A mi mejor conocimiento, toda la información en este formulario de registración es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente al personal de HOPES si hay cambios en mi nombre, dirección, número de teléfono, estatus de empleo, y / o ubicación, cobertura de seguro, SSI, SSD o cualquier otro beneficio recibido a través de agencias externas o organizaciones comunitarias. Entiendo que cualquier campo que se deje en blanco se registrará como "desconocido" en mi historial médico.

_____

FIRMA DE PACIENTE FECHA

_____

NOMBRE DE PADRE/ GUARDIAN LEGAL FECHA

_____

FIRMA DE PADRE/ GUARDIAN LEGAL FECHA

FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

NORTHERN NEVADA HOPES *your partner in health.*

Consentimiento de Tratamiento para el Paciente

Por medio del consentimiento a y autorizar dicho tratamiento prescrito y completamente explicado a mí por HOPES. Además consiente y autoriza a tales pruebas de laboratorio y procedimientos, exámenes de rayos x y otros servicios médicos de rutinarios que se consideren necesarias por los proveedores de HOPES. No es posible hacer garantías sobre los resultados del examen o tratamiento. Reconozco que me no han hecho ninguna garantía de tal. Entiendo que tendré la oportunidad de discutir cualquier y todos los cuidados o tratamiento me propusieron con los proveedores de HOPES y puedo negarme a dar su consentimiento para el cuidado o tratamiento si no desea continuar con esos cursos de tratamiento. Ofreceré HOPES con información exacta sobre mis drogas médicas, sexual, o historia de alcohol y problemas personales o sociales que pueden afectar mi salud o atención médica para asegurar el tratamiento adecuado, la atención y derivación para servicios necesarios. Soy responsable de tener todas las pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico hechos oportunamente, antes de mi próxima cita programada e informaré para todas las citas de la clínica programada en el tiempo.

Asignará a un proveedor de HOPES basado en disponibilidad. Entiendo que puedo ser visto por otro proveedor de HOPES si mi proveedor habitual no está disponible. Entiendo llego tarde a mi cita no puede ser visto por mi proveedor regular. Entiendo que debo solicitar medicamentos recargas contactando a la farmacia por lo menos tres días hábiles antes de mi suministro de medicamentos se agote.
_____ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Reconozco que la clínica de HOPES no ***funciona un servicio de atención de emergencia***. Miembros del personal están disponibles para mí durante las horas regulares de trabajo para responder a sus preguntas o dudas acerca de mi necesidad de atención urgente. Si mi situación es de emergencia I asistencia debe llamar al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si deseo hablar con un médico después de horas que puedo llamar a la clínica de HOPES al 786-4673. Dirigí al servicio de respuesta y un médico le devolverá a mi llamada.
_____INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Entiendo que HOPES tiene un enfoque de equipo integrado para el manejo del paciente y que la información médica puede ser compartida entre los médicos, farmacéutico, salud mental, enfermeras, administradores de casos, asistentes médicos, estudiantes de medicina o internos sin autorización escrita. Esta información es utilizada exclusivamente para el proposito de la coordinación de la atención médica y los servicios sociales.
_____ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

HONORARIOS DE PAGO POR SERVICIOS: Northern Nevada HOPES brinda servicios a clientes que no tienen cobertura de seguro de terceros utilizando una escala de tasa de deslizamiento, adhiriéndose a las directrices de la pobreza de salud y servicios humanos. Entiendo los cargos por servicios dependen de mis ingresos y pueden cambiar como mis ingresos aumenta o disminuye. En caso de que tengo derecho a los beneficios derivados de cualquier póliza de seguro privado o comercial, dichas prestaciones serán solicitados y asignados al Northern Nevada de HOPES. Si yo estoy cubierto por Medicare, Medicaid o compensación del trabajador, se enviará un reclamo a la agencia apropiada. Sin embargo, entiendo que soy responsable por cualquier copagos, deducibles, u otros cargos por ninguna póliza de seguro o agencia gubernamental y estos copagos son pagaderos en el momento de servicio prestado a menos que se han hecho otros arreglos previos.

He leído con atención y comprendo totalmente este consentimiento y acuerdo. He recibido una copia de este consentimiento / acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior, y acepto los términos como se describe. Entiendo que este consentimiento / acuerdo es efectivo hasta que sea revocada por escrito.

_____

PATIENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE DATE

_____

WITNESS SIGNATURE DATE

NORTHERN NEVADA HOPES *your partner in health.*

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Como paciente, tienes el derecho a:

- Participar en su atencion Medica y tratamiento
- Conozca los nombres de las personas que cuidan de usted
- Ser tratado con respeto y dignidad en un ambiente seguro y privado
- Cambiar proveedores médicos en Northern Nevada HOPES
- Obtenga otra opinión sobre su enfermedad o tratamiento
- Respeto por sus valores y creencias culturales, sociales, espirituales y personales.
- Conozca el costo de su cuidado y las maneras que usted puede pagar por su cuidado
- Acceda al médico de guardia a través de un servicio de contestador después del horario de atención
- Acceda a servicios de interpretación si no entiende inglés, u otra asistencia si está oyendo o impedimento visual. Estos servicios son gratuitos.
- Use la Línea de Ayuda de REMSA para Enfermeras al 775-858-1000
- No se le negarán servicios debido a la imposibilidad de pagar
- Esté informado sobre su enfermedad y tratamiento, incluyendo opciones para su cuidado
- Conozca los servicios disponibles a través de HOPES
- Sepa que HOPES no proporciona servicios dentales en el sitio, pero puede ser referido a dentistas externos
- Solicite arreglos especiales si tiene una discapacidad
- Se niega a ser incluido en cualquier programa de investigación sin limitar la atención médica o el tratamiento
- Sepa que HOPES no maneja problemas de dolor crónico
- Estar informado de que HOPES no proporciona evaluaciones de discapacidad
- Estar informado de que grabar su visita al consultorio con su proveedor sin revelar lo mismo no fomenta una relación de confianza entre el proveedor y el paciente
- Estar informado de las horas y plazos de la farmacia de HOPES para llenar las recetas nuevas y existentes
- Estar informado del acceso electrónico de los expedientes de su paciente a través del portal web del paciente de HOPES
- Privacidad de sus registros médicos según lo determinado por HIPAA / 42 CFR Parte 2
- Hable con un supervisor sobre cualquier pregunta o problema con su cuidado
- Conocer los requisitos legales de informes
- Prohibir el tratamiento y los servicios de tratamiento según lo permitido por la ley
- Presente una queja o una queja formal, si no está satisfecho con el cuidado en HOPES

_____ _____

INICIALES FECHA

** Continúa en la siguiente página **

NORTHERN NEVADA HOPES *your partner in health.*

Derechos y Responsabilidades del Paciente (CONTINUADO)

Como paciente, tienes el derecho a:

- Informe a su médico acerca de su enfermedad o problemas
- Haga preguntas sobre su enfermedad o cuidado
- Mostrar respeto tanto a los cuidadores como a otros pacientes
- Cancelar o reprogramar citas para que otra persona pueda tener ese horario
- Informe al hospital o la sala de emergencias de que usted es un paciente de HOPES para la coordinación del cuidado
- No llegue a Northern Nevada HOPES o mi cita intoxicada o bajo la influencia de drogas
- Use medicamentos o dispositivos médicos solo para usted
- Informe a un proveedor médico si empeora o si tiene una reacción inesperada a un medicamento
- Siga las instrucciones del prescriptor sobre todos los aspectos de las recetas
- Dar permiso por escrito para publicar sus registros de salud cuando sea necesario
- Proporcione a HOPES una copia de su testamento vital o poder notarial duradero para asuntos de atención médica
- Pagar sus co-pagos y facturas a tiempo
- Reunirse con consejeros financieros para establecer planes de pago

Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a un empleado de HOPES.

_____

NOMBRE DEL PACIENTTE

_____

PATIENTE/FIRMA DEL GUARDIAN FECHA

NORTHERN NEVADA HOPES *your partner in health.*

FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

Reconocimiento de las prácticas de privacidad y el procedimiento de quejas del paciente

Reconozco que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Paciente.

_____

NOMBRE DEL PACIENTE FECHA

_____

FIRMA DEL PACIENTE FECHA

RECONOCIMIENTO SE NEGÓ

En esta fecha, el paciente abajo firmantes se negó o error al acusar recibo de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Cliente.

_____

NOMBRE DEL PACIENTE FECHA

Motivo del rechazo:_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES FECHA

Una copia firmada de esta página debe ser presentada ante el registro del paciente.

NORTHERN NEVADA HOPES *your partner in health.*

Autorización del paciente: liberación de informacion de adultos

Este formulario autoriza la liberación de información de salud protegida (PHI) de conformidad con el CFR Partes 160 y 164.

_____

NOMBRE DEL PACIENTE ID DEL PACIENTE FECHA DE CUMPLEAÑOS

Yo autorizo a Northern Nevada HOPES para intercambiar información con las siguientes agencias y / o personas:

☐ Renown Health ☐ St. Mary's Health ☐ Northern Nevada Medical Center

☐ Carson Tahoe Hospital ☐ Banner Churchill Hospital ☐ Northern Nevada Adult Mental Health

☐ West Hills Otro: _____

Información que se entregará (por favor iniciales en todo lo que corresponda):

____ Notas de progreso Clínica

____ Lista de medicamentos

____ Notas de cosumo de sustancias

____ VIH / SIDA y otras enfermedades transmisibles

____ Resultados de las pruebas diagnósticas

____ Otros (especificar)

____ Registros del hospital

____ Notas Psiquiatría

____ Resultados de laboratorio

____ Notas de psicoterapia

____ D / C Resumen

Propósito para el lanzamiento:_____

Fechas para incluir: todas las fechas de servicio o de _____ to _____

Autorización de la fecha de vencimiento: _____

Aviso a los: 1) Receptor de la Información y 2) Paciente

1) RECEPTOR: Esta información ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2 y CFR parte 164). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2 o 45 CFR parte 164. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.**2) PACIENTE:** Entiendo que debo firmar voluntariamente y con conocimiento de esta autorización antes de que cualquier información puede ser puesto en libertad, y que puedo negarme a firmar, pero en ese caso la información no puede y no será divulgada. También entiendo que el tratamiento por este proveedor no está condicionado a mi firma de esta autorización, aunque se harán excepciones para a) el tratamiento y la investigación relacionada con b) a excepción de notas de psicoterapia, los planes de salud eran el pago está condicionado a una autorización para utilizar PHI para determinar el pago. Entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona o clase de personas o facilidad que lo recibe, y entonces ya no será protegida por las regulaciones federales de privacidad. Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y entiendo que una vez que se da a conocer la información, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. (Usted puede revocar esta autorización por escrito, en persona o por correo certificado al proveedor a la dirección anterior. La revocación se verá afectado únicamente a la recepción, salvo en la medida en que el proveedor ha actuado basándose en la autorización. Más información sobre el derecho de revocar puede proporcionar de vez en cuando en la Comunicación de la Proveedor de Prácticas de Privacidad).

_____

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL FECHA

REVOCAR LA AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Por este medio revoco esta autorización para divulgar información.

_____

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL FECHA

NORTHERN NEVADA HOPES *your partner in health.*

Consentimiento de Correo Electrónico/ Texto (SMS)

_____

NOMBRE DE PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO

_____

CORRE ELECTRONICO DE PACIENTE

Northern Nevada HOPES' no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la transmisión de correo electrónico y texto (SMS). Servicios on-line y los empleadores tienen el derecho de acceso y archivo de correo electrónico y textos (SMS) transmitido a través de sus sistemas. Si usted permite que otros tengan acceso a su teléfono celular pueden ver los mensajes. Por lo tanto, tenga en cuenta que usted envía un correo electrónico y / o texto (SMS) por su cuenta y riesgo. Por varios factores del internet y el correo electrónico fuera de nuestro control, no podemos ser responsables por correo electrónico o texto (SMS), mal entregado o interrumpido. Northern Nevada HOPES y su proveedor de cuidado de salud no son responsables por las infracciones de confidencialidad causada por sí mismo o un tercero.

Northern Nevada HOPES sólo enviará mensajes de texto (SMS) de acuerdo con la Orden y Orden Declaratoria de la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC). HOPES no recibirá mensajes de texto (SMS).

Correo electrónico es más adecuado para cuestiones rutinarias y preguntas sencillas. No debe enviar por correo electrónico para situaciones urgentes o de emergencias o para asuntos que requieran una respuesta inmediata. Su proveedor tratará de leer y responder prontamente a correo electrónico, pero no puede ser garantizado que un correo electrónico será leído y repuesto dentro de un período de tiempo específico. Asuntos con sensibilidad de tiempo deben ser atendidos por teléfono. No use correo electrónico para las comunicaciones con respecto a información sensible de la salud, como enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, salud mental o abuso de sustancias.

Por favor incluye su nombre completo, fecha de nacimiento y número de teléfono en todos los correos electrónicos. Describe el tema de su correo electrónico en la línea marcada "Sujeto/Asunto?" en su mensaje.

Todos los correos electrónicos entre usted y su proveedor con respecto a diagnósticos o tratamiento serán imprimidos y hechos parte de sus registros médicos permanente.

Su proveedor puede reenviar su correo electrónico a otros miembros del equipo según como sean necesario para la respuesta. Sin embargo, su correo electrónico no será enviada fuera nuestro equipo de salud sin su autorización.

Para prevenir la introducción de virus a nuestro sistema, no envié archivos adjuntos a nosotros en su correo electrónico.

Usted es responsable para proteger su contraseña y otros medios de acceso al correo electrónico y texto (SMS).

_____

NOMBRE DE PACIENTE FECHA

_____

FIRMA DE PACIENTE FECHA

FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

NORTHERN NEVADA HOPES *your partner in health.*

Dependientes del hpogar del paciente

Por favor complete la siguiente información para todos los socios, los niños y otras personas que viven en su hogar:

1. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

_____
FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN

2. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

_____
FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN

3. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

_____
FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN

4. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

_____
FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN

5. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

_____
FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN

6. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

_____
FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN

COMENTARIOS:_____
_____
_____
_____
_____

NORTHERN NEVADA HOPES
Your partner in health

NORTHERN NEVADA HOPES
FPL SURVEY

ANNUAL INCOME

Please provide your annual income. The first step is to find the family size column and mark the number people in your household. You'll then check the box which represents the dollar amount that is closest to the annual household income. For example, a household of 5 people without an income would be marked at the family of five and Level 1 < 138% FPL (0 - $40,599).

INGRESOS ANUALES

Por favor, proporcione su ingreso anual. El primer paso es encontrar la columna del tamaño de la familia y marcar el número de personas en su hogar. Luego, marcará la casilla que representa el monto en dólares más cercano al ingreso anual del hogar. Por ejemplo, un hogar de 5 personas sin ingresos se marcaría en la familia de cinco y Nivel 1 <138% FPL (0 - $ 40,599).

Family size	Level 1 < 138% FPL	Level 2 <150% FPL	Level 3 <175% FPL	Level 4 < 200% FPL	Level 5 <300%FPL	Level 6 >300% FPL	Level 7 >400% FPL
1	0 – 16,753 ☐	16,754 – 18,210 ☐	18,211 – 21,245 ☐	21,246 – 24,280 ☐	24,281 – 36,420 ☐	36,421 – 48,559 ☐	48,560 and above ☐
2	0 – 22,714 ☐	22,715 – 24,691 ☐	24,692 – 28,805 ☐	28,806 – 32,920 ☐	32,921 – 49,380 ☐	49,381 – 65,839 ☐	65,840 and above ☐
3	0 – 28,676 ☐	28,677 – 31,170 ☐	31,171 – 36,365 ☐	36,366 – 41,560 ☐	41,561 – 62,340 ☐	62,341 – 83,119 ☐	83,120 and above ☐
4	0 – 34,638 ☐	34,639 – 37,650 ☐	37,651 – 43,925 ☐	43,926 – 50,200 ☐	50,201– 75,300 ☐	75,301 – 100,399 ☐	100,400 and above ☐
5	0 – 40,599 ☐	40,600 – 44,130 ☐	44,131 – 51,485 ☐	51,486 – 58,840 ☐	58,841 – 88,260 ☐	88,261 – 117,679 ☐	117,680 and above ☐
6	0 – 46,561 ☐	46,562 – 50,610 ☐	50,611 – 59,045 ☐	59,046 – 67,480 ☐	67,481– 101,220 ☐	101,221 – 134,959 ☐	134,960 and above ☐
7	0 – 52,522 ☐	52,523 – 57,090 ☐	57,091 – 66,605 ☐	66,606 – 76,120 ☐	76,121 – 114,180 ☐	114,181 – 152,239 ☐	152,240 and above ☐
8	0 – 58,484 ☐	58,485 – 63,570 ☐	63,571 – 74,165 ☐	74,166 – 84,760 ☐	84,761 – 127,140 ☐	127,141 – 169,519 ☐	169,520 and above ☐

Name/Nombre:_____ **Date/Fecha**:_____
First-Last/ Primer Nombre-Apellido

Revised 02/27/2018