

Pt.name
MRN
DOB

Affix Label

Family Planning/Title X Hardship Declaration form

Client _____ requests a temporary financial hardship for today's Family planning services only.

New Income Worksheet has been reassessed.

Client is eligible for a temporary financial hardship after a good faith determination of financial need on (Date) _____ by the clinic staff (Clerk/Receptionist and Nurse Manager/billing department supervisor) due to the following reason as per the FPP Protocol Appendix B (Section III-C.1 Special Circumstances-Documented Hardship)

I have told the truth about ALL sources of my family's income. To the best of my knowledge. I have not withheld or given false information.

Client Printed Name

Client Signature

Date

I have seen this document and witnessed client's signature.

Staff Signature & Title

Date

Pt.name
MRN
DOB

Affix Label

Planificación
Familiar/Título X
Formulario de Declaración
de Necesidad

El cliente _____ solicita aprobación de necesidad financiera temporal solamente para los servicios de Planificación Familiar prestados hoy.

La nueva hoja de ingresos ha sido reevaluada

El cliente es elegible para una necesidad financiera temporal después de una determinación de buena voluntad el (fecha) _____ por el personal de la clínica (repcionista, gerente de enfermería, o departamento de cobros) debido a las siguientes razones según *FP Protocol Appendix B (Section III-C.1 Special Circumstances-Documented Hardship)*

He dicho la verdad acerca de TODAS las fuentes de ingreso de mi familia. En lo mejor de mis habilidades, no he provisto información falsa o retenido información.

Nombre del cliente en letra de molde

Firma del cliente

Fecha

He visto este documento y fui testigo de la firma del cliente.