

Kansas Statewide Farmworker Health Program
Programa de Salud para Trabajadores Agrícolas de Kansas
Family Registration Form *Forma de Registro Familiar*

Today's Date/ Fecha de hoy: _____

Check One- Farmworker Health Program _____ TB Reimbursement Program only _____

Head of Family/Jefe de Familia

Last Name
 Apellido(s): _____

First Name
 Nombre(s) _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Phone/ Teléfono () _____

Local Address/Domicilio Local: _____

Street/ Calle _____ County/ Condado _____

City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código Postal _____

Family Income
 Ingreso de la Familia \$ _____ per/por _____ Number in Household?
 ¿Cuántas hay en la casa? _____

Please provide proof of current employment and income, or if not available a signed written statement.
Por favor de dar prueba de empleo y ingreso corriente, ó si no lo tiene, por favor de dar una declaración firmada

What language do you speak in your home? ¿Cual idioma hablan ustedes en su casa? _____

Are there any family members who are pregnant?

¿Hay algún miembro de su familia que está embarazada? YES/SÍ _____ NO _____

If YES--Name and expected delivery date

Si la respuesta es SÍ—Nombre y fecha de nacimiento esperada _____

People who have been employed in agriculture may qualify for medical services. Please answer the following questions:
Personas que hayan trabajado en la agricultura pudieran calificar para servicios médicos. Por favor de contestar estas preguntas:

1. During the past two years, have you or a member of your family been employed in farmwork such as planting, cultivating, or harvesting agricultural products (such as fruits, vegetables, grains, and other produce) in fields, orchards, greenhouses, or nurseries as your principle means of employment?

¿Durante los últimos dos años, usted o un miembro de su familia ha trabajado en agricultura, tal como plantando, cultivando o cosechando productos agrícolas (tales como frutas, vegetales, granos y otros productos) en el campo, huertas, invernaderos ó viveros como su fuente de empleo? YES/SÍ _____ NO _____

Name of Farmwork Company _____ Phone/ Teléfono () _____

Nombre de compañía donde hayan trabajado en la agricultura

Address/Dirección _____

Street/Calle City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código Postal _____

Crop/ Tipo de cultivo _____

Last month and year of farmwork/ Ultimo mes y año de trabajo en el campo _____

2. Over the past two years, have you or your family traveled away from home overnight in order to do farmwork as your principle means of employment?

¿Durante los últimos dos años, ha viajado o estado usted o su familia fuera de su casa por más de una noche para trabajar en labores agrícolas como su fuente de empleo principal? YES/SÍ _____ NO _____

If YES, give location, crop, month and year/Si respondió SÍ, diga lugar, tipo de cultivo, mes y año _____

_____ **I do not want my family information shared with the Kansas Migrant Education Program.**

No quiero que compartan mi información familiar con el programa de educación migrante de Kansas.

List of Family Members / Lista de Miembros de Familia

Name (Last, First) <i>Nombre (Apellido, Nombre)</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Gender <i>Sexo</i>	Relationship <i>Parentesco</i>	Veteran <i>Veterano</i>	Hispanic/Latino <i>Hispano/Latino</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Race/ Raza						<input checked="" type="checkbox"/> Health Insurance <i>Seguro Medico</i>					Medicaid Number <i>Numero de Medicaid</i>
						White/ Blanca <i>Native Hawaiian or Pacific Islander Nativa de Hawaii ó de las islas del Pacifico</i>	Black or African American <i>Negra ó Africana americana</i>	Asian/ Asiática	American Indian/Alaska Native <i>India americana ó Nativa de Alaska</i>	Medicaid (Title 19)	Healthwave (Title 21)	Private/Employer <i>Aseguranza/Empleador</i>	Medicare	None/Ningun			
		M		Y	Y												
		F		N	N												
		M		Y	Y												
		F		N	N												
		M		Y	Y												
		F		N	N												
		M		Y	Y												
		F		N	N												
		M		Y	Y												
		F		N	N												

Certification / Certificación

I certify that the information above is accurate to the best of my knowledge.
Certifico que la información proporcionada arriba es correcta y de acuerdo a mi conocimiento.

 Signature / Firma

 Date / Fecha

Authorization for Release of Information/ Autorización para proporcionar atención medica y dental

I authorize Kansas Statewide Farmworker Health Program to use and disclose any information acquired during the course of my registration, examination and treatment (including protected health information) for the purpose of medical treatment or consultation, billing or claim payments and care coordination for myself and my listed dependents above. *Autorizo el uso y revelación de información obtenida durante el curso de mi matricula, el examen médico y tratamiento (incluyendo información de salud protegida) para el propósito de tratamiento o consulta médicos, facturando o reclama de pagos o cuidado coordinado por el Programa de salud para trabajadores agrícolas.*

Signature / Firma _____

Signature / Firma _____

Date / Fecha _____

Date / Fecha _____