

Consentimiento para Contacto de Cliente y Verificación de Los Pagos Externos y Referencias

I. INFORMACIÓN INDIVIDUAL (Quién puede ser contactado por Tulsa CARES - "El Cliente")

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____ Ciudad _____
Correo Electrónico _____ Estado _____ Código Postal _____
Código de área y Número de Teléfono _____ Otro Número de Teléfono _____

Cheque e inicial las maneras Tulsa CARES pueden comunicarse con usted:

- _____ Tulsa CARES pueden comunicarse conmigo en la dirección enumerada en la parte I para discutir mi cuidado
- _____ Tulsa CARES puede ponerse en contacto conmigo en el teléfono (s) figuran en la parte I para discutir mi cuidado
- _____ Tulsa CARES puede ponerse en contacto conmigo en el correo electrónico dirección enumerados en la parte I para discutir mi cuidado
- _____ ¡Sí! Quiero recibir actualizaciones periódicas sobre servicios Tulsa CARES y acontecimientos por: correo, teléfono, correo electrónico

II. Autorización para TULSA CARES pago de servicios en mi nombre

Yo autorizo a Tulsa CARES en contacto con los proveedores de abajo cuando he sido aprobado para la asistencia financiera para dental, gafas, prescripciones, o copagos médicos, o si quiero Tulsa CARES que me ayude a obtener un regalo navideño u alimentos. Divulgación de mi información se limitará sólo a mi información de contacto proporcionada en parte, a excepción de Salvation Army i Oklahoma para la Igualdad. Si deseo recibir una canasta de vacaciones de ejército de salvación o de Oklahoma para la igualdad, Tulsa CARES puede también los nombres y fechas de nacimiento de los miembros de mi hogar como se indica en mi archivo de Tulsa CARES. Si deseo otra información personal a ser intercambiados entre Tulsa CARES y estos proveedores en mi nombre, necesito completar un formulario "Consentimiento para intercambio de información confidencial".

Persona u organización autorizada a recibir pago o referidos por Tulsa CARES por mí:

- _____ El Dr. Zoellner (para asistencia financiera por Tulsa CARES por mi cuidado del ojo)
- _____ Farmacia Couch (para asistencia financiera por Tulsa CARES por mis recetas)
- _____ Farmacia Walgreens (para asistencia financiera por Tulsa CARES por mis recetas)
- _____ Programa de Salvation Army (para un regalo navideño o alimentos para mi familia)
- _____ Oklahoma para Igualdad Fairy Tree (para un regalo navideño o alimento para mi familia)

_____ Otro: _____ *Expiración debe satisfacer las necesidades del cliente, que generalmente oscilan entre los 90 días a 365 días. Autorización no puede exceder de 365 días.*

Esta autorización caduca el: _____
Fecha Hora

Entiendo que el pago por servicios en mi nombre enviado a estos proveedores enumerados en la parte que II podría dar otra información de la agencia o persona que confirmaría que he estado recibiendo servicios de Tulsa CARES.

Firma Fecha

Impreso cliente, Padre, o Nombre de Rep. Legal Firma del Testigo Fecha