

OPEN DOOR HEALTH CENTER
PATIENT APPLICATION
Phone: (305) 246-2400 Fax: 305-246-5010

*In order to receive medical services from the Open Door Health Center, interested individuals need to apply and have their application approved. Approved applications are valid for one year or until insurance or income changes sooner. **Open Door Health Center staff will assist you in simplifying the application process.***

Before proceeding with this application, please **READ THE FOLLOWING CAREFULLY**

1. To be eligible to receive services:
 - **You must have no medical insurance of any kind** - No Medicaid, Medicare or other health insurance.
 - **You must reside in Miami-Dade County.**
2. Eligibility Requirements:
 - **Proof of Identity** (*provide 1 of the documents listed below for you if applying as individual. If applying as household member provide documents for each household member*)
 - Adults: Current Driver's License, Passport or photo ID
 - Children: Birth Certificate or Passport
 - **Proof of Residence** (*provide 2 of the documents listed below*)
 - Mortgage or rent statement
 - Housing Authority Letter
 - Utility bill
 - Notarized Letter from head of household stating where you live
 - **Proof of Previous Year's Income** (*provide 1 of the documents listed below for each employed member of your household if applying as a household member. If applying as individual provide documents for yourself only*)
 - **2025 Taxes** - personal **and** business if you own a business
 - If you did not file taxes, a notarized letter stating such, including how much money you earned in 2025
 - If filing as individual and living at someone else's home, bring notarized letter **stating you are not being claimed as dependent** of household head.
 - **Proof of Current Income** from all sources for yourself if applying as an individual. Include documents for all employed persons in household if applying as a household member.
 - 4 consecutive weeks of pay stubs from all employers
 - If paid in cash - a letter from your employer stating weekly pay amount
 - If you are self-employed or work "side jobs," provide a notarized letter stating how much you earn per month and what you do to earn the money
 - Child support, Food stamps, monetary gifts and Social Security benefits received
3. **Call 305-246-2400 and make an appointment or to review application(s).**
 - a. Please bring originals and a copy of all required documents with you to your appointment.
 - b. Additional documents may be required

Completion of application does not guarantee approval for services.

OPEN DOOR HEALTH CENTER
APLICACION PARA PACIENTE
teléfono: (305) 246-2400 Fax: (305) 246-5010

*Para recibir servicios médicos de Open Door Health Center, las personas interesadas necesitan aplicar y tener su aplicación aprobada. Una vez aprobadas son válidas por un año o antes si hay cambio en los ingresos u obtiene cualquier clase de seguro médico. **Los empleados de Open Door Health Center le ayudaran a simplificar el proceso de aplicación.***

*Antes de proceder con esta aplicación, por favor **LEA LO SIGUENTE CU/DADOSAMENTE:***

1. Para ser elegible para recibir los servicios
 - **Usted no debe tener ninguna clase de seguro médico** - incluyendo Medicaid y Medicare
 - Usted debe ser **residente del Condado Miami Dade.**
2. Requisitos de Elegibilidad:
 - o **Prueba de identificación.** (Proporcionar 1 de los documentos enumerados a continuación de usted si aplica como individuo. Si aplica como miembro de una familia incluya documentos para cada miembro de la familia) **CU/DADOSAMENTE** Adultos: Licencia de manejo, Pasaporte o Identificación con foto actualizada
 - o Niños: Certificado de Nacimiento o Pasaporte
 - **Prueba de Residencia** (proporcionar 2 de los documentos enumerados a continuación)
 - o Declaración de pago de renta o Hipoteca de la casa
 - o Carta de la autoridad de vivienda
 - o Factura de servicios públicos (agua, luz, teléfono)
 - o Carta notariada de cabeza de familia indicando donde usted vive
 - **Prueba de ingresos del año anterior** (traiga **uno** de los documentos enumerados a continuación de usted si aplica como individuo. Si aplica como miembro de una familia traiga documentos de cada uno de los miembros de la familia que trabajen)
 - o declaración de impuestos **2025**, personal y de negocios si usted es dueño de negocio
 - o Si usted no llena planilla de impuestos, una carta notariada que indique cuánto dinero usted ganó en el año 2025
 - o Si aplica como individuo y vive en casa de otra persona traiga carta notariada que certifique que usted no se lista como dependiente en las planillas de ingreso de la cabeza de la familia.
 - **Prueba de ingreso suyo actual** solamente si aplica como **individuo**. Traiga prueba de **todas las personas que trabajan** en el hogar si aplica como **miembro de una familia**
 - o 4 talonarios de pago de semanas consecutivas
 - o Si le pagan en efectivo, una carta de su empleador indicando la cantidad ganada por semana
 - o Si usted trabaja por su propia cuenta o hace otros trabajos traiga una carta notariada indicando cuánto dinero usted gana cada mes y que clase de trabajo hace
 - o manutención de los hijos, cupones de alimentos, regalos monetarios y beneficios de Seguro Social si aplica
3. Llame al **305-246-2400** y **haga una cita** para revisar su aplicación(s)
 - Traiga documentos originales y copias de todos los documentos requeridos el día de su cita
 - Se podría solicitar documentos adicionales

Completar este proceso no garantiza que su aplicación será aprobada.

☐Diabetes ☐ New(Nuevo) ☐Renewal (Renovacion)
Patient Application (Aplicacion Para Paciente)
Open Door Health Center

Last Name(s)/First Name: _____
(Apellido/Nombre)

Phone #1: _____ Phone #2: _____ Email: _____
(Telefono) (Telefono) (correo electrónico)

Address: _____ City: _____ Zip: _____
(Dirección) (Ciudad) (Código postal)

Social Security: _____ D.O.B. _____ Marital Status: Married _____ Single _____
(Segura social) (Fecha de nacimiento) Estado Marital: casado(a) _____ Soltero(a) _____

Sex _____ Race: _____ Birthplace: _____
(Sexo) (Raza) (país donde nació)

Mother's Maiden Name: _____ Guardian/ Spouse's name: _____
(nombre de su madre)

Guardian/ Spouse's last name _____ Guardian/ Spouse's phone: _____
Apellido de guardián o pareja Número de teléfono de guardián o pareja (a)

Guardian / Spouse's address: _____ City: _____ ZIP: _____
(Dirección de persona encargada o su pareja) (Ciudad) (Código postal)

Do you or your children have any Medicaid, Medicare or other medical insurance? _____ Yes _____ No _____
¿Tiene usted o su niño Medicaid, ¿Medicare, u otro seguro médico? (Si) (No)

Do you or your children receive food stamps, AFDC or Section 8? _____ Yes _____ No _____
¿Recibe usted o sus niños cupones de alimento, AFDC o Sección 8? (Si) (No)

Family Yearly Income: _____ Hourly Income: _____ Family Size: _____
(Salario anual familiar) (Salario por hora) (# De personas en su hogar)

Members of household: (miembros de Familia en casa)

Name (nombre)	Age (Edad)	Relationship (relación)	Birthdate (fecha de nacimiento)
---------------	------------	-------------------------	---------------------------------

1. _____			
----------	--	--	--

2. _____			
----------	--	--	--

3. _____			
----------	--	--	--

4. _____			
----------	--	--	--

5. _____			
----------	--	--	--

6. _____			
----------	--	--	--

7. _____			
----------	--	--	--

8. _____			
----------	--	--	--

9. _____			
----------	--	--	--

Social History: Occupation: _____ Ed. Grade completed: _____ Native Language: _____
(Historia Social): (En que trabaja) (Grado escolar) (Idioma)

Place of Employment: _____ Read/Write? : _____
(Lugar de Trabajo) (Sabe leer y escribir?)

Reason for referral: _____ Primary Care _____ Women's Health _____ Other (Specify) _____
(razón de Referido): (Cuidado Primario) (Cuidado de Mujer) (Otro: Especifique)
_____ Podiatry _____ Pediatric
(Podiatria) (Pediatria)

Referred by: _____ Previous Provider: _____
(Referido a) (clínica o medico anterior)

Date Last ER Visit: _____ Which Hospital? _____
(Ultima visita a la emergencia: fecha) (Hospital)

Please read carefully entire section and sign
(Por favor leer todo cuidadosamente y despues firmar):

By these means, **I certify that the above information is true and accurate.** I understand that the clinic has the right to deny services if I do not qualify for services or if I have not truthfully stated or provided required information. It is my responsibility to inform the clinic of any change in the information I am providing. If approved for services based on inaccurate information provided I will be financially responsible for any service cost incurred. I understand that I must re-apply for services yearly if approved. Although clinic services are free of charge, I understand services provided at other facilities could carry charges, which will be my responsibility and not the clinic's. The clinic only treats clinic patients with appointments during regular working hours.

Por este medio **certifico que esta información es actual y completa.** Entiendo que la clínica tiene el derecho a negar sus servicios si no califico para ellos o si no he sido honesto en la información entregada o entregado los datos o documentos requeridos. Es mi responsabilidad informar a la clínica de cualquier cambio en la información que estoy sometiendo. Si se me aprueba para servicios basado en información incorrecta sere responsable por cualquier costo incurrido. Entiendo que debo aplicar anualmente si se me aprueba para servicios y que, aunque los servicios prestados en la clínica son gratuitos, yo podría ser responsable por el pago de servicios recibidos fuera de la clínica por los cuales la clínica no es responsable. Estoy conciente de que solo se asisten pacientes de la clínica con cita previa durante horas laborables.

Signature (Firma): _____ Date (fecha): _____

Witness (Firma de testigo): _____

FOR OFFICE USE ONLY

Eligibility: HRS clients _____ 300% poverty or less _____ Medicaid eligible

Approved by: _____ Date: _____