



Label

SELF DECLARATION (AUTO DECLARACION)

(fill out top and bottom sections)

FAMILY PLANNING VERBAL (PLANIFICACION FAMILIAR)

(fill out top section only)

I, (Yo) _____, Date of birth (**Fecha de nacimiento**), attest to the fact that for the period of time covering (declaro al hecho que por el periodo de tiempo) _____ to (a) _____. **I have received** (he recibido):

Income in the amount of (ingresos en la cantidad) \$ _____

Food and shelter provided to me by (casa y comida proveida por) _____ **(name of person providing food and shelter.)** (nombre de la persona)

List names, addresses, telephone numbers, and the dollar amounts (if any) of those that have contributed to support. (Lista de nombres, direccion, numero de telefono de personas que an contribuido apoyo inancier o casa y comida.)

Name (Nombre):	Name (Nombre):
Address (Direccion):	Address (Direccion):
City, State, Zip (Ciudad):	City, State, Zip (Ciudad):
Phone (Telefono):	Phone (Telefono):
Relationship to patient (Relacion al paciente)	Relationship to patient (Relacion al paciente)
Amount (Cantidad de dinero):	Amount (Cantidad de dinero):

I understand that to perjure myself (present false information) in order to obtain assistance is a fraudulent offense for which I can be prosecuted. (Yo entiendo que si perjuro –presentar falsa informacion- con el objeto de obtener asistencia es una ofensa fraudulenta por la cual puedo ser procesado)

PATIENT SIGNATURE (Firma) _____ **DATE** (Fecha) _____

CLINIC WITNESS (Testigo Clinica) _____

VERIFICATION OF SUPPORT (VERIFICACION DE MANUTENCION)

I, attest to the fact that the information above provided by the patient is true.
(Yo, confirmo que la informacion de arriba provista por el paciente es cierta.)

SIGNATURE OF PERSON PROVIDING SUPPORT
(Firma de persona que da ayuda)

Date
(Fecha)

STUDENT STD CLINIC (CLINICA DE ENFERMEDADES VENEREAS)

(student must be in high school/grade school to qualify for student discount)
(estudiantes deben estar en la escuela primaria o secundaria para calificar para el descuento de estudiante)

STUDENT FAMILY PLANNING CLINIC (PLANIFICACION FAMILIAR)

(student must be in high school/grade school to qualify for student discount)
(estudiantes deben estar en la escuela primaria o secundaria para calificar para el descuento de estudiante)

STUDENT OF BHS MENTAL HEALTH PROGRAM (PROGAMA DE COMPORTAMIENTO SALUDABLE PARA ESTUDIANTES)

(Student must be between the ages of 12-17 and seeking treatment without parental consent)
(Estudiantes entre las edades de 12 a 17 años que buscan tratamiento sin el consentimiento de los padres)

STUDENT OF BHS DASA (Department of Alcohol & Substance Abuse) ESTUDIANTES DE BHS DASA (Departamento de Alcohol y Abuso de Sustancias)

(DASA regulations state a minor has the legal capacity under the applicable State law to apply for and obtain alcohol or drug abuse treatment without consent of parent or guardian. (Regulaciones de DASA declara que un menor tiene la capacidad legal bajo la ley del Estado de solicitar y obtener tratamiento para el alcohol y abuso de sustancias sin el consentimiento de los padres o Guardián.)

I attest to the fact that I am a student and my parents are unaware that I am in for services. (Yo atestiguo al hecho que soy un estudiante y mis padres no saben que estoy en la clinica para servicio.)

I work and my income is (Trabajo y mi ingreso es) _____.

My parents support me (Mis padres me mantienen).

I attest to the fact that I am in a work release program and currently seeking employment. Paperwork required for verification. (Yo atestiguo al hecho que estoy en el programa de salir a trabajar y en este momento estoy buscando trabajo. Verificacion de papeles son requeridos.)

Client initials (Iniciales de cliente) _____.

Signature (Firma) _____

Date (Fecha) _____

Clinic Witness (Testigo Clinica) _____