

INSURANCE SCREENING FORM

Last Name	First Name	Middle Initial
Date of Birth	Age	Staff Use Only (INSIGHT #)

Please check ALL that apply

- Voucher from Employer** I have a voucher or letter from my employer that covers the cost of required vaccines.
- No Health Insurance** Any client who does not have health insurance.
- American Indian/Alaskan Native-CHILD ONLY 0-18 yr.** Any child age 0-18 years who identifies as an American Indian or Alaskan Native, regardless of insurance.
- Medicaid/CHIP (HoosierHealthWise)/ HIP** Any client who has any form of Medicaid, CHIP (HoosierHealthWise) or HIP, as either primary or secondary insurance.
- Medicare Part B** Please present an Insurance card at the time of the visit.
Only Flu and Pneumonia vaccines will be given at no charge.
*All other vaccine fees will be collected at time vaccines are received.

*Client's initials acknowledge understanding of this policy.

*Initial here

- Insurance Does Not Cover Vaccines-ADULT ONLY** Any client 19 yr. of age or older who has private health insurance, but the coverage does not include vaccines.

- Private Insurance-** Please present an insurance card at the time of the visit.
Any client who has private health insurance that provides coverage for vaccines. This includes plans that requires a deductible be met, a co-pay or plans that offer percentage based coverage (80/20, 70/30, etc.)

- ADULT-**Age 19 years and older. (Including Medicare Part D)
*Vaccine fees will be collected at time vaccines are received.

- CHILD-**age 0-18 years of age who has private health insurance.
*Any balance not covered by your insurance becomes your responsibility and a statement will be sent to you.

*Client's initials acknowledge understanding of this policy.

*Initial here

-----STAFF USE ONLY BELOW THIS LINE-----

ELIGIBILITY		YES	FORM TYPE	FORM COLOR	VERIFICATION
0 - 18 yrs. of age	No Insurance-Child 0-18 yr.		Child-VFC	White	Staff Initials
	American Indian/Alaskan Native-CHILD 0-18 yr		Child-VFC	White	
	Medicaid HHW Package A		Child-VFC	White	
	CHIP HHW Package C		Child-VFC	White	
	Private Insurance-Child 0-18 yr.		Child-Private	Canary	
	Voucher from Employer-ADOLESCENT		Child-Private	Canary	
19 yrs. of age & older	No Insurance-Adult 19 yrs. & older		Adult-317	Bright Orange	Date of Verification
	Insurance does not cover vaccines-Adult		Adult-317	Bright Orange	
	Refugee Grant (RMA)		Adult-Private	Goldenrod	
	HIP		Adult-Private	Goldenrod	
	Medicare Part B		Adult-Private	Goldenrod	
	Private Insurance-Adult 19 yrs. & older		Adult-Private	Goldenrod	
	Voucher from Employer-ADULT 19 yrs. & older		Adult-Private	Goldenrod	

**INSURANCE SCREENING FORM
FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL SEGURO**

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Edad	Para uso del personal únicamente (INSIGHT #)

Marque **TODAS** las opciones que correspondan

- Vale del empleador** Tengo un comprobante o carta de mi empleador que cubre el costo de las vacunas solicitadas.
- No tiene seguro médico** Cualquier cliente que no tenga seguro médico.
- Indio americano/Nativo de Alaska-SOLO NIÑOS de 0 a 18 años** Cualquier niño de 0 a 18 años que se identifique como indio americano o nativo de Alaska, independientemente si tiene o no seguro médico.
- Medicaid o CHIP (HoosierHealthWise) / HIP** Cualquier cliente que tenga alguna cobertura de Medicaid, CHIP (Hoosier HealthWise) o HIP, como seguro principal o secundario.
- Parte B de Medicare Presente una tarjeta de seguro al momento de la visita.**
Solo se administrarán sin cargo las vacunas contra la gripe y la neumonía.
***Todas las demás tarifas de vacunas se cobrarán al momento de recibir las vacunas.**
***Las iniciales del cliente implican la comprensión de esta política.**
*Coloque sus iniciales aquí
- El seguro no cubre las vacunas: SOLO PARA ADULTOS** Cualquier cliente de 19 años o más que tenga un seguro de salud privado, pero la cobertura no incluya vacunas.
- Seguro privado- Presente una tarjeta del seguro al momento de la visita.**
Cualquier cliente que tenga un seguro médico privado que brinde cobertura para vacunas. Esto incluye planes que requieren que se alcance un deducible, un copago o planes que ofrecen cobertura basada en porcentajes (80/20, 70/30, etc.)
 - ADULTOS** - 19 años o más (Incluida la Parte D de Medicare)
***Las tarifas de vacunas se cobrarán al momento de recibir las vacunas.**
 - NIÑOS** - De 0 a 18 años que tengan seguro de salud privado
Cualquier saldo que no esté cubierto por su seguro se convierte en su responsabilidad, y se le enviará un estado de cuenta.**Las iniciales del cliente implican la comprensión de esta política.** *Coloque sus iniciales aquí

-----SOLO PARA USO DEL PERSONAL DEBAJO DE ESTA LÍNEA-----

ELIGIBILITY	YES	FORM TYPE	FORM COLOR	VERIFICATION	
0 - 18 yrs. of age	<input type="checkbox"/>	No Insurance-Child 0-18 yr.	Child-VFC	White	Staff Initials
	<input type="checkbox"/>	American Indian/Alaskan Native-CHILD 0-18 yr	Child-VFC	White	
	<input type="checkbox"/>	Medicaid HHW Package A	Child-VFC	White	
	<input type="checkbox"/>	CHIP HHW Package C	Child-VFC	White	
	<input type="checkbox"/>	Private Insurance-Child 0-18 yr.	Child-Private	Canary	
	<input type="checkbox"/>	Voucher from Employer-ADOLESCENT	Child-Private	Canary	
19 yrs. of age & older	<input type="checkbox"/>	No Insurance-Adult 19 yrs. & older	Adult-317	Bright Orange	Date of Verification
	<input type="checkbox"/>	Insurance does not cover vaccines-Adult	Adult-317	Bright Orange	
	<input type="checkbox"/>	Refugee Grant (RMA)	Adult-Private	Goldenrod	
	<input type="checkbox"/>	HIP	Adult-Private	Goldenrod	
	<input type="checkbox"/>	Medicare Part B	Adult-Private	Goldenrod	
	<input type="checkbox"/>	Private Insurance-Adult 19 yrs. & older	Adult-Private	Goldenrod	
	<input type="checkbox"/>	Voucher from Employer-ADULT 19 yrs. & older	Adult-Private	Goldenrod	