Every Woman's Life
A Virginia Department of Health Program

Client Eligibility Form

Revised 11/17/2022

PERSONAL INFORMATION

Last Name:	First Name:	MI:	Preferred Name:
SSN:	Birth Date:	Sex assigned at birth: ☐ F ☐ M	Gender Identified: ☐ F ☐ M ☐ MTF ☐ FTM

Marital Status: ☐ Never Married / Single ☐ Married ☐ Living with someone in a marriage like relationship ☐ Divorced or Separated ☐ Widowed ☐ Unknown

Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic

Do you describe your race as: (check ALL that apply): ☐ White ☐ Black/African American ☐ Asian ☐ American Indian/Alaskan Native ☐ Native Hawaiian/ Pacific Islander ☐ Other: _____ ☐ Unknown

Address			City
County	State	Zip	Home Phone
Work Phone	Cell Phone		Best Time to Call:

1. What is your household income before taxes? $ /Year

2. How many people live on this income? (including yourself)

Do you have Medicaid? ☐ Yes ☐ No ☐ Plan First

Do you have Medicare? ☐ Yes ☐ No **If yes:** ☐ Part A ☐ Part B

Do you have Private insurance? ☐ Yes ☐ No

5. Do you now smoke cigarettes? ☐ Every day ☐ Some days ☐ Not at all ☐ Don't know ☐ Don't want to answer

6. Are you planning, thinking, or not thinking about quitting smoking in the next 30 days?

☐ Planning ☐ Thinking ☐ Not thinking ☐ Don't want to answer

7. What is the highest grade of school you completed?

☐ <9th ☐ Some high school ☐ High school graduate or GED ☐ Some college or higher ☐ Don't know ☐ Don't want to answer

8. How did you hear about the Every Woman's Life program? ☐ Brochure ☐ Community Health Worker ☐ Employer ☐ Family/Friend ☐ Health Fair ☐ Internet/Web ☐ Radio/TV/Newspaper ☐ Bus Ad ☐ Other:_____ ☐ Reminder ☐ Provider

9. What language do you speak every day? _____

10. Have you ever had a pap test? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

➔ If YES, when was your last Pap test? (MM/DD/YYYY)

11. Have you ever had a mammogram? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

➔ If YES, when was your last mammogram? (MM/DD/YYYY)

Every Woman's Life
A Virginia Department of Health Program

Formulario de Elegibilidad del Cliente

Revisado 11/17/2022

INFORMACION PERSONAL

Apellido:	**Nombre:**	**Inicial segundo nombre:**	**Nombre preferido:**

Número de Seguro Social:	**Fecha nacimiento:**	**Sexo asignado al nacer:** ☐ F ☐ M	**Género identificado:** ☐ F ☐ M ☐ MaF ☐ FaM

Estado civil: ☐ Nunca casada/Soltera ☐ Casada ☐ Viviendo con alguien en una relación tipo matrimonio ☐ Divorciada o separada ☐ Viuda ☐ Desconocido

Origenétnico: ☐ Hispano ☐ No hispano	**Describa su raza como: (marque TODO lo que corresponda)** ☐ Blanca ☐ Negra/afroamericana ☐ Asiatica ☐ indigena americana/Nativa de Alaska ☐ Nativa de Hawái/Isleña del Pacífico ☐Otra: ☐ Desconocida

Dirección			**Ciudad**
Condado	**Estado**	**Código Postal**	**Teléfono casa**
Teléfono hogar	**Teléfono celular**		**Mejor hora para llamar:**

1. ¿Cuáles son los ingresos de su hogar antes de impuestos? $ /año	**2. ¿Cuántas personas viven de este ingreso? (usted incluida)**

¿Tiene Medicaid? ☐ Sí ☐ No ☐ Plan First	**¿ Tiene Medicare?** ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo:** ☐Parte A ☐Parte B	**¿Tiene seguro privado?** ☐ Sí ☐ No

5. ¿Fuma cigarrillos ahora? ☐ Todos los días ☐ Algunos días ☐ Para nada ☐ No sé ☐ No deseo responder

6. ¿Está planeando, pensando o no pensando dejar de fumar en los próximos 30 días?

☐ Planeando ☐ Pensando ☐ No pensando ☐ No deseo responder

7. ¿Cuál es el grado escolar más alto que completó?

☐<9 ☐ Algo de escuela secundaria ☐ Graduado de secundaria o GED ☐ Algo de universidad o superior

☐ No sé ☐ No deseo responder

8. ¿Cómo se enteró del programa Every Woman's Life? ☐ Folleto ☐ Trabajador de Salud de la Comunidad

☐ Empleador ☐ Familia/amigo ☐ Feria de Salud ☐ Internet/Web ☐Radio/TV/Periódico ☐ Anuncio de autobús

☐ Otro:_____ ☐ Recordatorio ☐ Proveedor

9. ¿Qué idioma habla todos los días?_____

10. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de Papanicolaou? ☐Sí ☐ No ☐ Desconocido

➔ En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? (MM/DD/AAAA)

11. ¿Alguna vez le han hecho una mamografía? ☐Sí ☐ No ☐ Desconocido

➔ En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última mamografía? (MM/DD/AAAA)