

REGISTRATION FORM

Do you have Medicare or Medicaid?

You must answer the question and sign on the line.

Do you have Medicare or Medicaid, such as Share of Cost, Sunshine Health, Oscar, Molina, or any form of government assistance?

Yes No

If you answered **YES, STOP** and **DO NOT CONTINUE.**

Signature: _____

Date: _____

If you answered **NO**, you may continue to the next page. ⇨

¿Tiene Medicare o Medicaid?

Debe responder la pregunta y firmar en la línea.

¿Tiene Medicare o Medicaid, como Share of Cost, Sunshine Health, Oscar, Molina, o alguna forma de asistencia del gobierno?

Sí No

Si respondiste **SÍ, PARE AQUÍ** y **NO CONTINÚE.**

Firma: _____

Fecha: _____

Si respondió **NO**, puede continuar a la página siguiente. ⇨

