

Hoja de trabajo de elegibilidad

Idioma(s): Inglés / Español / otro: _____ Hispana(o): Sí / No Raza: _____ Sexo: M / F

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Dirección física: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____ Correo electrónico _____

¿Tiene seguro Médico? SI /NO Nombre del Seguro: _____ Número de póliza: _____

Soltera(o) _____ Casada(o) _____ Separada(o) _____ Divorciada(o) _____ Viuda(o) _____

Acepto recibir llamadas/mensajes de texto recordándome mis citas. Soy menor de 18 años.
 Prefiero ser contactado por: ___ teléfono celular ___ correo electrónico ___ correo postal

Conyugue/pareja/sus hijos Menores de 18 años	Relación	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro social	Numero de Seguro/Medicaid	Raza	M/F

Por favor escriba todas las personas que tengan algún ingreso en su casa: Incluya todos los trabajos, pensiones, manutención infantil, seguro social, beneficio por muerte, pensión conyugal, beneficio por desempleo/compensación, beneficios de veteranos, inversiones, fondos fiduciarios, ingresos de rentas, empleo, ayuda pública, concesiones o cualquier otro dinero que usted reciba.

Nombre	Empleador o tipo de ingreso	Salario Bruto Antes de impuestos	Semanal, quincenal, mensual

Otras fuentes de ingresos: (escriba si los recibe semanal=S, quincenal=Q o mensual=M).

Ayuda monetaria/estampillas de comida \$ _____	Manutención de los hijos \$ _____
Compensación por desempleo \$ _____	Ingresos del Seguro Social (SSD/SSI) \$ _____
Pensión privada/gobierno \$ _____	Ingresos por arrendamiento \$ _____
Ingresos por jubilación / SSA \$ _____	Otros Ingresos \$ _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Certificación de paciente

Yo afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa o inexacta los servicios pueden ser cancelados y tendré que pagar por todos los servicios recibidos de acuerdo con el plan de tarifas, FAC64fl 0. 003(5).

Firma: _____ Fecha: _____