

Date Received: _____

North Florida Medical Centers, Inc.
APLICACION PARA BAJOS INGRESOS

Due By: _____

Staff Initials: _____

Nombre del Paciente: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Acoyunte #)

Nombre del Garantir: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Acoyunte #)

Dirección: _____
(Calle o # de Caja) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (County)

Estado Civil: _____ Soltero/a _____ Casado/a _____ Divorciado/a _____ Separado/a _____ Vuida/o

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ Sexo: _____ F _____ M
(mes) (día) (año)

De Seguro Social _____ - _____ - _____ # de Tel. (Casa) (_____) _____

¿Empleado/a? Si _____ No _____ Ocupación: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

¿Tiene alguno de lo siguiente? 1. Aseguranza _____ 2. Medicare _____ 3. Medicaid _____
(Si/No) (Si/No) (Si/No)

UNIDAD FAMILIAR

(Note al lado los nombres del tipo de cobertura(s) que aplica(n))

Nombre	Tipo de Cobertura	Relación al Paciente	Fecha de Nacimiento	Sexo

(Por favor aliste miembros adicionales al reverso de la forma)

INGRESOS (Todas las fuentes deben incluirse)

	Horas Por Semana	Pago Por Hora	Pago Semanal	Pago Mensual	Pago Anual
Cabeza de Familia					
Cónyuge					
Otro/a					
Otro/a					

Total de Miembros en la Familia: _____ Ingreso Total Anual: \$ _____ Pago de Bajo Ingreso: _____

Al firmar mi nombre en esta forma, certifico que la información dada es verídica y completa al mejor de mi conocimiento. Entiendo que si concientemente doy información falsa, puedo ser castigado bajo la Ley Estatal o Federal. Doy mi consentimiento a una investigación referente a mi declaración. Entiendo esta solicitud debe ser renovado en 12 meses a partir de fecha de la solicitud, a menos que se indique lo contrario por gestor del Centro.

Firma

RECHAZADO

_____/_____/_____
Fecha de Aplicación

Entrevistador(a)

_____/_____/_____
Evaluación Fecha