

## Formulario de elegibilidad para el programa de descuentos proporcionales

Es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Mantendremos esta información archivada en estricta confidencialidad. En caso de ser aprobado, la elegibilidad para su descuento vencerá en 6 meses, plazo después del cual deberá volver a solicitarlo. Se utilizará las Guías Federales de Pobreza para calcular el monto de su pago, según el ingreso familiar anual.

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Información e ingresos familiares

¿Cuál es su estado civil?  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a  Divorciado/a  
 ¿Es dueño o alquila su casa?  Soy dueño  Alquiler  Vivo con otras personas

¿Cuál es el ingreso total del hogar? (Mensual)

Usted	Su cónyuge	Sus hijos	Otros miembros de su hogar	Ingresos totales del hogar

Fuentes de ingresos:

Fuente de ingresos:	Usted	Su cónyuge	Sus hijos	Otros miembros	Total de fuente
Empleo/trabajo contratado					
Desempleo					
Seguro social					
Asistencia pública					
Pensión de retiro					
Acciones o certificados					
Ingresos de alquiler					
Ingresos por intereses					
Manutención de niños, pensión alimenticia					
Ingresos por estatus de veterano					
Compensación por accidente laboral					
Otro (explicar):					

¿Tiene algún tipo de seguro que cubra sus gastos médicos total o parcialmente? Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del seguro y su número de ID:	Nombre del seguro:	Número de ID:
---	--------------------	---------------

Indique todas las personas que viven en su hogar			
Nombre y fecha de nacimiento:	Número de teléfono:	Nombre y fecha de nacimiento:	Número de teléfono:

Declaro que la información que antecede es verdadera y que le he dado autorización a CL Brumback Primary Care Clinic para investigar cualquier información incluida en este formulario de solicitud. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También comprendo que se exige notificar cualquier cambio en mis ingresos a la recepcionista en mi próxima visita a la clínica.

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente o tutor en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\* Tome en cuenta que esta información será sometida a un proceso de auditoría para confirmar la exactitud y garantizar que su seguro, si lo tuviera, lo aprueba. Nos comunicaremos con usted si tenemos alguna pregunta o si usted no es elegible.