

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Nombre del jefe de familia (si corresponde): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono celular del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo del paciente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_

Por favor, confirme la dirección antes mencionada. Corrija si es necesario.

**Miembros de la familia\***

Proporcione el nombre completo y la fecha de nacimiento de todos los miembros. Incluya el número de Seguridad Social y la relación.

Nombre <i>Nombre completo: primer nombre, segundo nombre, apellido</i>	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social	Relación con el solicitante	Solicita Marque en caso afirmativo
			SÍ MISMO	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

*La relación con el solicitante debe ser la relación del miembro de la familia con el solicitante, no el garante.  
Ejemplos de ello serían esposa, esposo, hija, hijo, madre, padre, hijastro, hijastra, primo, prima, etc.*

\*Si hay más miembros de la familia que los enumerados anteriormente, vea la última página para ampliaciones

**Ingresos del hogar\***

Indique si usted o alguien en su familia reciben alguno de los siguientes tipos de ingresos:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios/sueldos          | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia  | <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos     |
| <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Indemnización por desempleo                                  | <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Seguridad social          | <input type="checkbox"/> Pensión  | <input type="checkbox"/> Indemnización laboral       |
| <input type="checkbox"/> Manutención al menor      | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler de la propiedad/ingresos inmobiliarios | <input type="checkbox"/> Visa de estudiante I-20     |

 Proporcione la siguiente información de todos los ingresos que usted ha indicado que recibe:  Otro

Miembro de la familia	Tipo <i>Proporcione el nombre del empleador si es necesario.</i>	Monto	Período <i>Seleccione uno.</i>	Fecha de inicio	Fecha de finalización <i>(Si corresponde)</i>
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Por hora    N.º de horas/semanas _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Por hora    N.º de horas/semanas _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Por hora    N.º de horas/semanas _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Por hora    N.º de horas/semanas _____		

\*Si hay más ingresos del hogar que los enumerados anteriormente, vea la última página para ampliaciones

Para todos los ingresos del hogar recibidos, debe proporcionar los documentos de respaldo de los últimos 30 días con el fin de completar esta solicitud. (es decir, declaración de impuestos, comprobantes de pago, cartas de aprobación, horarios de trabajo por cuenta propia, declaraciones de manutención al menor, etc.)

 Mi familia no tiene ingresos salariales o no salariales

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**Activos/Recursos\***

Indique si usted o alguien en su familia reciben alguno de los siguientes recursos:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuentas corrientes            | <input type="checkbox"/> Certificados de depósito | <input type="checkbox"/> Fondos de inversión |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorros            | <input type="checkbox"/> Rentas vitalicias        | <input type="checkbox"/> Otro                |
| <input type="checkbox"/> Cuentas del mercado monetario | <input type="checkbox"/> Bonos                    |  |

Proporcione la siguiente información para todos los activos/recursos indicados:

Miembro de la familia	Tipo	Número de cuenta	Valor

\*Si hay más activos/recursos que los enumerados anteriormente, vea la última página para ampliaciones

Para todos los activos/recursos indicados, debe proporcionar evidencia de los últimos 30 días.

 Mi familia no tiene ningún activo o recurso que reclamar.

**Información adicional\***

Conteste las siguientes preguntas.

 ¿El paciente tiene una tarjeta de residente permanente para los Estados Unidos?  Sí  No

 ¿Esta familia actualmente recibe asistencia social?  Sí  No. En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Nombre de la empresa aseguradora y número de identificación: \_\_\_\_\_

 ¿El paciente ha solicitado asistencia social en los últimos 12 meses?  Sí  No

 En caso afirmativo, ¿rechazó la cobertura?  Sí  No

 Adjunte la carta de aprobación/denegación PA-162. (Otorgada por el Departamento de Bienestar de PA)

 ¿El paciente tiene seguro de salud? Si recibe un seguro de salud, notifique al departamento. El seguro de salud es primordial sobre la asistencia financiera.  Sí  No. En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Nombre de la empresa aseguradora y número de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Si hay más información que la señalada anteriormente, vea la última página para ampliaciones

 ¿El paciente es elegible para cualquiera de los siguientes?  Sí  No

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de Almuerzo Escolar Subsidiado                         | <input type="checkbox"/> Vivienda Social por Bajos Ingresos                         |
| <input type="checkbox"/> Programa de Medicamentos por Prescripción con Fondos del Estado | <input type="checkbox"/> Programa WIC <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos |

 Si contestó **SÍ** a cualquiera de las anteriores, proporcione documentación para verificar la elegibilidad

**Firma**

Afirmo que la información anterior es verdadera, completa y correcta según mi leal saber y entender:

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

O

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del representante autorizado: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**Miembros de la familia (continuación)**
*Proporcione el nombre completo y la fecha de nacimiento de todos los miembros. Incluya el número de Seguridad Social y la relación, si tiene esa información.*

Nombre <i>Nombre completo: primer nombre, segundo nombre, apellido</i>	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social	Relación con el solicitante	Solicita Marque en caso afirmativo
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

*La relación con el solicitante debe ser la relación del miembro de la familia con el solicitante, no el garante. Ejemplos de ello serían esposa, esposo, hija, hijo, madre, padre, hijastro, hijastra, primo, prima, etc.*

**Ingresos del hogar (continuación)**
*Proporcione la siguiente información de todos los ingresos que usted ha indicado que recibe:*

Miembro de la familia	Tipo <i>Proporcione el nombre del empleador si es necesario.</i>	Monto	Período <i>Seleccione uno.</i>	Fecha de inicio	Fecha de finalización <i>(Si corresponde)</i>
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Por hora    N.º de horas/semanas _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Por hora    N.º de horas/semanas _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Por hora    N.º de horas/semanas _____		
			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Por hora    N.º de horas/semanas _____		

☞ Para todos los ingresos del hogar recibidos, debe proporcionar los documentos de respaldo de los últimos 30 días con el fin de completar esta solicitud. (es decir, declaración de impuestos, comprobantes de pago, cartas de aprobación, horarios de trabajo por cuenta propia, declaraciones de manutención al menor, etc.)

**Activos/Recursos (continuación)**
*Proporcione la siguiente información de todos los ingresos que usted ha indicado que recibe:*

Miembro de la familia	Tipo	Número de cuenta	Valor

☞ Para todos los activos/recursos indicados, debe proporcionar evidencia de los últimos 30 días.

**Información adicional (continuación)**
*Conteste las siguientes preguntas.*

**¿El paciente tiene algún seguro de salud adicional?** Si recibe un seguro de salud, notifique al departamento. El seguro de salud es primordial sobre la asistencia financiera.  Sí  No. En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Nombre de la empresa aseguradora y número de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_