

North Florida Medical Centers, Inc.
APLICACION PARA BAJOS INGRESOS

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	# de Seguro Social	Relación al Paciente	Fecha de Nacimiento	Sexo

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

INGRESOS

	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.

 Firma

____ / ____ / ____
 Fecha

 Entrevistador(a)