

**CENTRO MÉDICO DEL CONDADO DE ASHLEY**  
**SOLICITUD DE ATENCIÓN NO COMPENSADA**

1. Nombre del paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Número de teléfono residencial Celular \_\_\_\_\_

2. Miembros del hogar: (incluido usted y/o paciente)

Nombre Edad Empleador/Escuela Fecha de nacimiento


3. Ingresos: Enumere el ingreso bruto del hogar total para las categorías a continuación. Adjunte una copia de un talón de pago reciente, declaración de impuestos, declaración de seguro social o discapacidad, u otra documentación de ingresos:

Últimos 3 meses Actualidad

Salario \_\_\_\_\_  
Granja de servidores o auto employment \_\_\_\_\_  
Assistance \_\_\_\_\_ Estatal  
Seguridad social \_\_\_\_\_  
Desempleo \_\_\_\_\_  
Pensión alimenticia \_\_\_\_\_  
Support \_\_\_\_\_ infantil  
Familia Militar Allotments \_\_\_\_\_  
Pensión \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

**(Si NO hay ingresos en absoluto, por favor explique cómo paga sus facturas mensuales. )**

4. Facturas mensuales (adjunte documentación como una copia de un cupón de pago o un estado de cuenta mensual):

- a. Hipoteca/Alquiler \_\_\_\_\_
- b. Pago del coche \_\_\_\_\_
- c. Tarjetas de crédito \_\_\_\_\_
- d. Otro \_\_\_\_\_

5. Enumere todas las cuentas corrientes y de ahorro, acciones, bonos, efectivo disponible, etc., para todos los miembros del hogar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Alguien en su hogar posee bienes raíces (casa, terreno, edificios, etc.)? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione información sobre el valor de la propiedad, cualquier cantidad adeudada y cómo se usa la propiedad.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Alquilan? \_\_\_\_\_ Teléfono del propietario \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

8. ¿Ha solicitado Medicaid? \_\_\_\_\_ Si se niega, ¿por qué? \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación significa que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que la falsificación de información invalidará esta solicitud. Autorizo a APMC a realizar todas las consultas que considere necesarias para verificar la exactitud de las declaraciones hechas en este documento.

---

Fecha de firma

06/20/2017