

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