



Formulario de Elegibilidad Para el Programa de Descuento

Fecha de Hoy: _____	
Nombre:	FDN:
Dirección:	SS#
Ciudad/Estado/Código Postal:	MRN:
Número de teléfono:	

Es necesario que se les haga preguntas personales para determinar si califica para un descuento en nuestros gastos médicos, dentales y de salud de comportamiento. Esta información se mantendrá archivada en nuestro centro con esfuerzo de confianza. **Necesitamos copias de su declaración anual o copia de su formulario W-2, mínimo 3 talones de cheque, la carta de beneficios de seguro social u otro comprobante de ingresos. Su ingreso anual se utilizará para calcular el nivel de su pago.**

Estado civil (circule uno):	Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Separado(a)	Viudo(a)
Arreglo de vivienda (circule uno):	Dueño(a) de casa	Alquilar	Vive con alguien	Sin hogar	

¿Tiene algún tipo de seguro médico que cubra la totalidad o parte de sus gastos médicos? (circule uno) Si (enliste abajo) No
Nombre de seguro médico: _____

Tamaño del hogar: _____			
Nombre	FDN	SS#	Relación

Ingresos del hogar			
	Monto	Frecuencia (circule uno)	Empleador
Tú		Semanal / Mensual / Anual	
Esposo(a)		Semanal / Mensual / Anual	
Hijos (as)		Semanal / Mensual / Anual	
Otro		Semanal / Mensual / Anual	

Otras fuentes de ingresos	Tú	Esposo(a)	Hijos(as)	Otro	Monto total
Desempleo					
Seguro Social					
Asistencia Pública					
Pensión de jubilación					
Cupones de alimentos					
Ingresos por alquiler					
Manutención de los hijos					
Manutención					
Otro (especificar)					

Declaro que lo anterior es cierto y he dado permiso al centro de Gerald L Ignace Indian Health Center, Inc. para investigar cualquier información en esta solicitud. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que, si algún ingreso cambia, debo notificar a recepción en mi próxima visita en la clínica.

Firma: _____ Fecha: _____