



Community Clinic

2300 Kurt Street, Eustis, FL 32726 Teléfono: (352)589-2501 Fax: (352)589-4041

Solicitud para determinar su elegibilidad para recibir atención médica

_____ PACIENTE NUEVO _____ REINSCRIPCIÓN ANUAL _____ PACIENTE QUE REGRESA

PROBLEMA MÉDICO ACTUAL: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE _____

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA SI DIFIERE DE LA INDICADA ARRIBA

¿SU RESIDENCIA PRINCIPAL ESTÁ UBICADA EN LAKE COUNTY? SÍ NO

¿Hace cuánto tiempo es residente de Lake County? _____

¿Es propietario o su hogar?

TELÉFONO (DÍA) _____ (NOCHE) _____

ESTADO CIVIL DEL SOLICITANTE:
SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO SEPARADO

SI ESTÁ DIVORCIADO O SEPARADO, ¿RECIBE PENSIÓN ALIMENTICIA/APOYO DE SU CÓNYUGE?
SÍ NO
DE SER ASÍ, ¿CUÁNTO RECIBE POR MES? _____

¿ES CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS? SÍ NO

¿HA ESTADO EN EL EJÉRCITO? SÍ NO

¿ES BENEFICIARIO DE MEDICAID o MEDICARE? SÍ NO
NÚM DE MEDICAID/MEDICARE _____

¿USTED O SU CÓNYUGE TIENEN SEGURO SOCIAL? SÍ NO
_____ MESES

¿CUENTA CON **ALGÚN TIPO** DE SEGURO MÉDICO? SÍ NO
¿CON QUIÉN? _____

¿SU CÓNYUGE CUENTA CON UN SEGURO MÉDICO? SÍ NO

¿ESTÁ INSCRITO EN ALGÚN PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MÉDICA DE COSTOS COMPARTIDOS? SÍ
NO NO SABE

**Mencione a todas las personas que vivan en su hogar.
Si es necesario, utilice otra hoja.**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	ESTADO: TRABAJO/ESTUDIANTE

POR FAVOR ENVÍE LAS COPIAS DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

Comprobante de residencia: Cualquiera de los siguientes, correspondiente a los últimos 12 meses (debe ser del mismo domicilio):

- Factura de impuestos a la propiedad
- Recibos/contratos de alquiler, vivienda, renta/hipoteca
- Facturas de servicios públicos en el domicilio actual del solicitante
- Formulario de un organismo de servicios sociales aprobado
- Inscripción en el programa de un centro u organismo, como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD)
- Carta de asistencia certificada por notario
- Registro de vehículos a nombre del solicitante/cónyuge/aval
- Correspondencia oficial que el solicitante reciba en el domicilio de NLCHD
- Declaración de domicilio

Identificación: Dos de los siguientes (uno de ellos debe ser una identificación con fotografía):

- Acta de nacimiento
- Licencia de conducir/Tarjeta de identificación – con la dirección correcta
- Tarjeta del seguro social
- Documento oficial que muestre su nombre, dirección, número de seguro social, formulario IRS 4506T
- Tarjeta de registro como extranjero (Green Card, Formulario I-151 o I551)
- Cualquier identificación con fotografía emitida por el gobierno

Ingresos: (Proporcione todo lo que corresponda para la familia; incluya a su cónyuge o pareja)

- Talones de pago – De los últimos 3 meses o más recientes si se indica el año en curso
- Última declaración de impuestos, formulario 1040 (incluir anexos explicativos) o formulario IRS 4506T
- Estados de cuenta bancarios – de todas las cuentas y de los últimos 3 meses
- Declaración de Desempleo/Compensación para Trabajadores
- Pago de pensión alimenticia para los hijos
- Beneficios del Seguro Social para cualquier miembro de la familia
- Pensiones/Jubilaciones/Intereses
- Beneficios para veteranos
- Cualquier convenio, judicial o de otro tipo
- Si trabaja de forma independiente Declaración de impuestos de su negocio correspondiente al año anterior
- Cuentas de cheques, de ahorro, declaraciones ante el Departamento del Tesoro (IRA), CD o cualquier otra declaración de activos financieros correspondiente a los últimos 3 meses
- Si no obtuvo ningún ingreso (ingresos en ceros)/se encuentra sin hogar:
 - Carta de adversidad económica del paciente (certificada por notario)
 - Carta de asistencia en donde se indique el monto en dólares de las contribuciones mensuales de la familia o los amigos que ofrecen ayuda, certificada por notario

Activos: (Proporcione todo lo que corresponda)

- una declaración jurada firmada en donde se confirme que es propietario de uno o más de los siguientes activos y su valor:
 - Cuenta de cheques y cuenta de ahorro
 - El valor contable de la propiedad inmueble además de la finca.
 - El valor de rescate del seguro de vida, si el valor nominal combinado de todas las pólizas de la familia es de más de \$1500
 - Vehículos de motor y otros automóviles, excepto un vehículo principal
 - Vehículos recreativos
 - Fideicomisos
 - Acciones, bonos y otros títulos de inversión

-Carta de negación de Medicaid con fecha del último año. Solicítela en línea en www.myflorida.com/accessflorida/ o llame al 1-866-762-2237. (Todos los solicitantes)

- Si ha estado en el ejército, **proporcione una copia de su DD214.**

Una vez que haya reunido TODA la información sobre usted que se indica en este documento, envíela a Community Primary Health Clinic lo más pronto posible.

Al firmar a continuación, usted reconoce que Community Primary Health Clinic se reserva el derecho de realizar averiguaciones crediticias e incluso podría revisar su informe crediticio.

Nombre (letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Núm. de Seg. Soc. _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____