

Promise Healthcare

Inhabilidad de Proveer Prueba de Ingresos

Sólo una solicitud es necesaria por casa

Yo, _____ (nombre del paciente), resido actualmente en _____ (dirección).

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Correo Electrónico: _____

¿Es usted veterano de los Estados Unidos? Sí No

En los pasados 24 meses, ¿usted trabajó o ha sido dependiente de alguien que trabajó en la agricultura tanto en el campo como en otra industria basada en la agricultura? Sí No

Si ha marcado Sí, ¿cuál le aplica?

Migrante
(Establece residencia temporal en el área)

Trabajo todo el año (residencia permanente en el área)

Residencia permanente por Temporadas
(residencia permanente en el área)

Tipo de residencia (marque una)

Renta o dueño de su casa

Refugio para personas sin hogar

Vives con otra persona (desconocido o familiar)

Transitorio (vives de lugar en lugar)

En la calle

Otra

En este momento no tengo empleo y no recibo ingresos o cupones de alimentos (SNAP). No puedo proveer la documentación sobre mis ingresos o cumplir con los criterios de elegibilidad debido a (*por favor marca los que apliquen*):

_____ En este momento no tengo empleo y no tengo ningún otro tipo de ingresos.

_____ Tengo más de 18 años y mi familia y/o mis amigos son los que me apoyan económicamente.

Yo recibo _____ dólares cada _____ de mi familia, amigos u otro programa de asistencia económica para mis necesidades. Si mi situación económica cambia durante el curso de mi tratamiento, compartiré la documentación necesaria con el personal de la clínica Promise Healthcare.

Yo acepto que la información en esta forma está completa y correcta. Entiendo que proveer información incorrecta o falsa es cometer fraude y puede resultar en una demanda legal por fraude.

Nombre (letra de molde): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente/si es un menor, Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Promise Healthcare Internal Use Only:

Total Income _____

Patient Name: _____

Number in Household: _____

Staff Signature: _____

Date: _____