

**Formulario de asistencia financiera**

Fecha:

<b>Nombre del paciente:</b>	<b># de Seguro Social:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Dirección</b>	<b>número:</b>	<b>número:</b>
<b>Estatus civil:</b> Soltero Casado (Fecha: _____ ) Divorciado Envudado		
<b>Sexo:</b> M/F		
<b>¿Residente de Ohio?</b> SÍ NO <b>¿Nacido en los EEUU?</b> SÍ NO <b>¿Embarasada?</b> NO NO APLICA SÍ (Fecha límite: _____ )		

**INFORMACIÓN FAMILIAR del HOGAR**

Favor de llenar lo siguiente con información acerca del número de personas en la casa y el ingreso familiar. Favor de notar: **Hay que reportar TODO el ingreso familiar para poder calificar para Medicaid o para los programas de La Escala Proporcional de Cuotas (escala de pagos basado en el ingreso familiar).**

Nombre del miembro de la familia (quien está incluido en las impuestas)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Fuente de Ingreso (Salario, ingreso de Seguro Social, discapacidad, desempleo, child support/cuota alimentaria, etc.)	Cantidad del Ingreso Mensual	¿Con qué frecuencia recibe ese ingreso?	¿Horas trabajadas por semana?	¿Actualmente recibe Medicaid?	¿Ha sido en cuidado del estado (acogida temporal)?	¿Es estudiante?

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*MEDICAID/SOLICITUD de MARKETPLACE:** Formulario de asistencia financiera le ayudemos con una solicitud para Medicaid o para conseguir un seguro médico a través del Marketplace, favor de leer lo siguiente y firmar abajo.

*Autorizo a la Clínica Cristiana de Lower Lights solicitar para Medicaid y/o Marketplace en mi nombre. He proveido la información arriba por voluntad propia, cual es completo y verdadero conforme a mi leal saber y entender.*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha