



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

¿TIENE UN TRABAJO? SÍ NO

Tiempo completo Tiempo parcial Independiente Por temporada
 ¿SU CÓNYUGE TIENE UN TRABAJO? SÍ NO
 Tiempo completo Tiempo parcial Independiente Por temporada

De ser así: ¿para quién trabaja? _____

¿desde cuándo? _____

Cónyuge: ¿para quién trabaja? _____

¿desde cuándo? _____

De no ser así: ¿Cuánto tiempo lleva sin trabajo? _____

¿Recibe beneficios por desempleo? SÍ NO

¿Está buscando trabajo? SÍ NO

¿SE ENCUENTRA SIN TRABAJO DEBIDO A UN ACCIDENTE O LESIÓN? SÍ NO

De ser así, ¿recibe Compensación para Trabajadores (Workman's Comp.)? SÍ NO

¿Hace cuánto tiempo se lesionó? _____

¿SE ENCUENTRA SIN TRABAJO DEBIDO A UN ACCIDENTE EN AUTOMÓVIL? SÍ NO

¿HAY ALGÚN JUICIO O ABOGADO IMPLICADO? SÍ NO

Describa brevemente el resultado del accidente o la lesión:

¿USTED O SU CÓNYUGE TIENEN UNA CUENTA DE CHEQUES O CUENTA DE AHORRO? SÍ NO

¿USTED O SU CÓNYUGE RECIBEN AYUDA ECONÓMICA O MATERIAL POR PARTE DE ALGUNA PERSONA O ENTIDAD?
 (Incluidos vales para alimentos) SÍ NO

Por favor proporcione a continuación la información sobre esta ayuda:

NOMBRE	RELACIÓN	MONTO MENSUAL

LA SIGUIENTE PÁGINA EXPLICA LA DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ENVIAR JUNTO CON ESTA SOLICITUD. ASEGÚRESE DE INCLUIR TODA LA DOCUMENTACIÓN. SI NO ENVÍA TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA, EL TRÁMITE PODRÍA DEMORARSE.

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: _____