

# Solicitud

## Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tamaño del hogar		
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Ingresos del hogar			
Nombre	Cantidad	Frecuencia (Círculo uno)	Empleador:
Tú	\$	Semanal/Mensual/Anual	
Esposo(a)	\$	Semanal/Mensual/Anual	
Niños	\$	Semanal/Mensual/Anual	
Otras personas que viven en su hogar	\$	Semanal/Mensual/Anual	
<b>Total</b>	<b>\$</b>	<b>Semanal/Mensual/Anual</b>	

Otros ingresos	Ud.	Esposo(a)	Niños	Otro	Subtotal
Seguro Social					
Asistencia pública					
Pensión de Jubilación					
Estampillas de alimentos					
Manutención de Niños, Alimonia					
Ingresos por intereses					
Otro					

**NOTA:** Para cumplir con las regulaciones federales, con el fin de darle un descuento en nuestros servicios médico, es necesario que hagamos preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán en el archivo y en estricta confianza. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año. Su declaración anual de impuestos, una copia de su formulario W-2, talones de cheques de pago del mes pasado, copias de sus cheques de seguridad social o otros cheques que pueda recibir serán pruebas suficientes. Sus ingresos anuales y el tamaño de su familia (incluyendo cualquier otra persona que viva en su casa) se utilizarán para calcular su descuento. Por el presente juro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que cualquier información y/o omisión errónea que interlinee o falsifica puede descalificarme de la elegibilidad para el programa de descuentos y puede someterme a sanciones bajo las leyes federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, acepto informar a Arkansas Verdigris Valley Health Centers (AVVHC) si hay un cambio significativo en mis ingresos. Mi firma a continuación indica que leí y entiendo.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre(Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_