

EAST VALLEY COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.  
CERTIFICADO DE INGRESOS FAMILIARES

Descuento para Pacientes: _____ Bajo la sección: _____
--

Esta es información confidencial

A.

Nombre del paciente (Última, primera y segunda inicial)	Fecha de nacimiento (Mes, día y año)
---	--------------------------------------

- B.
- ¿Está usted empleado actualmente?  Sí  No
  - ¿Trabaja por cuenta propia?  Sí  No
  - Si no es así, ¿cuándo fue la última vez que trabajó? \_\_\_\_\_
  - ¿Cuál es su lugar de trabajo? \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo \_\_\_\_\_
  - ¿Cuántas horas trabaja por semana? \_\_\_\_\_ Horas Monto del último cheque de pago: \$ \_\_\_\_\_
  - ¿Cuándo le pagan?  Una vez por semana  Quincenal  Dos veces al mes  Una vez al mes

7. Marque las otras fuentes de ingreso que está recibiendo:
- Prestación  Manutención infantil  Seguro por discapacidad  Compensación al trabajador  Seguridad social  Manutención
- Seguro por desempleo  Subvenciones y becas para gastos de manutención  Propinas  Otro, especifique \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto?: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?: \_\_\_\_\_

8. Enumere a las otras personas que viven con usted y contribuyen al ingreso familiar	Parentesco	Edad	Fuentes de ingreso	Ingreso mensual (salario para llevar a casa)

9. Enumere a los miembros de la familia que son sus dependientes	Parentesco	Edad	Fuentes de ingreso	Ingreso mensual (salario para llevar a casa)

10. Número total de personas que dependen del ingreso: \_\_\_\_\_ 11. Ingreso total de la casa: \$ \_\_\_\_\_

12. Documentos necesarios:  Comprobante de ingresos  Verificación de dirección  Documento de identificación

C.

Cobertura financiera para el cuidado de la salud

1. Verifique si el cliente tiene cobertura para cualquiera de lo siguiente:

- Servicios de salud para estudiantes  Seguro médico  Plan de salud prepagado
- Medi-Cal  Militar (CHAMPUS)  Ayuda general

2. ¿Es el cliente un dependiente, o está casado?, ¿tienen los padres o el cónyuge cobertura de atención médica?  Sí  No  
Si es el caso, por favor especifique la cobertura: \_\_\_\_\_

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información anterior es verdadera.

Firma del solicitante	Fecha	Número de expediente médico
-----------------------	-------	-----------------------------

Certifico que este cliente es elegible para los servicios en la sección de tarifas de escala variable \_\_\_\_\_ por un periodo de seis meses a través de \_\_\_\_\_

Firma del representante de la agencia	Fecha
---------------------------------------	-------

Cambios durante el periodo de certificación que involucren ingresos, tamaño de la familia o cobertura financiera para el cuidado de la salud.

Fecha	Cambios	Firma del cliente	Firma del representante de la agencia

CUALQUIER CLIENTE AL QUE SE LE RECHACE ELEGIBILIDAD TIENE EL DERECHO APELAR.