

FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente (día/mes/año): _____ / _____ / _____

Información del seguro médico

¿Tiene un seguro médico en la actualidad? Sí No

Compañía de seguro: _____

N.º de asegurado: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

N.º de seguro social del titular de la póliza: _____ - _____ - _____

Correo electrónico del titular de la póliza: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Asegúrese de traer lo siguiente cuando acuda a registrarse en la escala móvil de pagos:

1. Documento de identidad con foto – si es posible
2. Carnet del seguro social, de ser posible.
3. Constancia de ingreso bruto mensual, de los últimos 2 meses de todos los miembros del hogar, por ejemplo:
 - Recibos de sueldo
 - Seguro social
 - Estados de cuentas bancarias
 - Formularios W-2
4. Declaración federal de impuesto a las ganancias. Es necesaria la declaración más reciente del paciente para solicitar asistencia con medicamentos.

INGRESOS FAMILIARES - IMPORTE Y FRECUENCIA	FUENTE DE INGRESOS FAMILIARES (marque las opciones que correspondan)
Por hora: \$ _____ x 2080 = \$ _____	<input type="checkbox"/> Empleo \$ _____ por mes
Por semana: \$ _____ x 52 = \$ _____	<input type="checkbox"/> Ayuda para familias con hijos dependientes (AFDC) \$ _____ por mes
Por mes: \$ _____ x 12 = \$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro social \$ _____ por mes
Otra: \$ _____ x = \$ _____	<input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) \$ _____ por mes
	<input type="checkbox"/> Manutención de hijos \$ _____ por mes
	<input type="checkbox"/> Otra \$ _____ por mes

RESIDENCIA: PROPIA ALQUILADA OTRA: _____

CANTIDAD DE FAMILIARES CONVIVIENTES: _____

NOBRE: _____ EDAD: _____ PARENTEZCO: _____

Constancia de ingresos: NO (Marque las opciones que

Declaración de impuestos Informe de sueldo Declaración del seguro social Estado de cuenta bancaria Otra: _____

Yo, _____, tengo un ingreso familiar de \$ _____,

por mes año; no obstante, certifico que no tengo constancia

Certifico que he brindado información completa y precisa acerca de todos los ingresos y bienes familiares.

Paciente o padre/madre/tutor legal: _____

Firma

Fecha

Testigo: _____

Representante de Brevard Health Alliance

****Honorarios a partir de \$10 por consulta médica en la escala de pagos****