



Nombre _____

Fecha _____

Ubicación de la clínica _____

Formulario de Evaluación Financiera del Paciente

Información de padres o tutores			
Apellidos	Nombre Legal	Inicial del segundo nombre	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Correo electrónico	Fecha de Nacimiento	Tamaño de la familia
Otro número de teléfono	Relación con usted	¿Podemos dejar un mensaje en estos números? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Seguro Medicaid (MA/BadgerCare) MediCare Ninguno Otro-Nombre/Tipo del seguro: _____

Información del hogar Enumerar el nombre, la relación y la edad de todos los miembros del hogar			
Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Seguro Medico

Tipo de ingreso recibido por hogar						
Fuente de ingresos	Solicitante	Pareja	Otro	Amount: S	P	O
Sueldos/Salarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Lugar de trabajo	Nombre de Empleador:			Tiempo de Empleo:		
	Dirección de Empleador:					
Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro Social/Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Uso de oficina solamente

Sólo para uso de la oficina

Action	Comments	Initial & Date
Verified Household Income		
Verified Number in Household		
Verification Documents Viewed		
MediCaid Eligibility		
Tier	0 1 2 3 4	
Application date		
Expire Date		
Alias Name (ex. work name)		

Documents presented by patient

<input type="checkbox"/> 1040 tax form from the previous year <input type="checkbox"/> Copy of month's pay checks <input type="checkbox"/> Copy of unemployment checks <input type="checkbox"/> Copy of Social Security or Disability check	<input type="checkbox"/> Letter from employer containing salary or hourly wage <input type="checkbox"/> Letter of support <input type="checkbox"/> Other (list) : _____ _____
--	--

Other forms of income may include, but are not limited to:

- | | |
|-------------------|-----------------------------------|
| Pension | Unemployment |
| Alimony | Veteran's Benefits |
| Child support | Social Security |
| | Workers Compensation |
| Retirement | Support from friends or relatives |
| Rental Properties | Disability |

If patient is eligible for government assistance, do they want to apply and would they like assistance?

Any additional notes: _____

Por la presente certifico que la información anterior es, según mi conocimiento, correcta y verdadera. Soy consciente de que esta solicitud requiere que **proporcione documentación dentro de los 30 días** de la fecha de firma a continuación para la prueba de ingresos. **El pago de tarifa móvil para todos los servicios se debe y se paga en el momento del servicio.** Entiendo que debo llamar si se producen cambios a partir de la información dada en la solicitud. Soy consciente de que la **elegibilidad dura hasta un año** (si no hay cambios en los ingresos o la casa).



Firma del solicitante _____ **Fecha** _____

Por la presente certifico que estoy negando el descuento de la tarifa móvil. Reconozco que el descuento de tarifa móvil está disponible para mí si lo solicito.

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____