

CABEZA DE FAMILIA

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del 2.º Nombre ____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado _____ Teléfono (Casa) _____ Teléfono (Celular) _____ Soltero/a __ Casado/a __

Número total incluyéndose a usted, esposo/a e hijos dependientes que viven en esta dirección: _____

Por favor, liste los **nombres completos y fechas de nacimiento suya, de su esposo/a y de sus hijos dependientes que viven en la dirección indicada arriba. Por ejemplo: Sarah M. Jones, 2-16-1983**

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

POR FAVOR INDIQUE EL INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA (Si no, déjelo en blanco)

Ganancias bruto _____ Ingreso de negocio _____ Ingreso de desempleo _____ Seguro Social _____

Manutención de hijos PAGADO A USTED _____ Manutención de hijos QUE USTED PAGA _____

Ingreso de Discapacidad _____ Ingreso de Intereses _____

Otros Ingresos (Ejemplos: Ingreso de Roth IRA, 401K o Ingreso de Pensión Alimenticia) _____

ENTREGUE PRUEBAS DE INGRESO CON LA SOLICITUD COMPLETA. (Ejemplos de estas pruebas incluyen; una copia de los formularios de impuestos IRA 1040 más recientes o 3 meses de los talones de cheques (incluyendo los cheques de desempleo) o un informe bancario que muestre seguro social.)

ESTADO DE EMPLEO

Cabeza de la familia empleado por: _____ Otros miembros de la familia empleados por: _____

Dirección del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

POR FAVOR LISTE CUALQUIER PAGO QUE AFECTE SUS FINANZAS:

Un ejemplo sería las primas por seguro médico, pagos regulares por cuidado dental, médico, y cuentas del hospital o recetas compradas. (Si no, déjelo en blanco) **POR FAVOR ENTREGUE PRUEBAS DE TALES PAGOS**

Entiendo que ciertos servicios y/o costos médicos no tienen descuentos. Certifico que lo indicado arriba es verdadero y autorizo a Scenic Bluffs Community Health Centers el derecho a verificar la información. Estoy de acuerdo a pagar mi cuenta a la hora de los servicios.

X Firma _____

Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY: _____ New Certification _____ Recertification (Previously HNP 1 2 3)
 Approved at _____ Discount _____ Disapproved \$ _____ # _____
 Accepted by _____ Date _____ Cashton ___ Norwalk