

Aplicación Del Plan De Vecinos Sanos

CABEZA DE FAMILIA

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial ____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Condado _____ Teléfono (Casa) _____ Teléfono (Celular) _____ Soltero__ Casado __
 Número total de los miembros de la familia que viven en la misma dirección indicada arriba (incluyase a sí mismo): _____

Por favor, haga una lista de los **nombres completos y fechas de nacimiento** para Ud., su esposo/a y los niños que viven en la dirección indicada arriba.

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

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

Ganancias Totales _____ Ingreso de negocio _____ Ingreso de desempleo _____ Seguro Social _____
 Manutención de hijos PAGADO A UD. _____ Manutención de hijos QUE UD. PAGA _____
 Ingreso de Discapacidad _____ Ingreso de Interés _____
 Otros Ingresos (Ejemplos: Ingreso de Roth IRA, 401K o Ingreso de Manutención) _____

ENTREGUE PRUEBAS DE INGRESO CON LA APLICACIÓN COMPLETA. (Ejemplos de estas pruebas incluyen una copia de los más recientes IRA 1040 formularios de impuestos o 3 meses de los talones de cheques (incluso los cheques de desempleo) o un informe bancario del estado de cuenta que muestra seguridad social.)

ESTADO DE EMPLEO

Cabeza de la familia empleado por: _____ Otro miembros de la familia empleados por: _____
 Dirección del Trabajo: _____ Dirección del Trabajo: _____

HAGA UNA LISTA DE PAGOS MÉDICOS QUE AFECTEN SU SITUACIÓN FINANCIERA:

Ejemplos: Primas de seguro médico, pagos regulares por cuentas dentales, médicas, o de hospital o recetas compradas. (Si no, dejelo en blanco) **POR FAVOR ENTREGUE PRUEBAS DE TALES PAGOS**

Entiendo que ciertos servicios y/o costos médicos no tienen descuentos. Certifico que la información indicada arriba es verdadera y autorizo Scenic Bluffs Community Health Centers el derecho a verificar la información. Voy 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