



SANDHILLS MEDICAL FOUNDATION, Inc.

Formulario de Elegibilidad

Fecha de Hoy: _____

_____ Solicitante por primera vez
_____ Renovación
Ubicación: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA :

Nombre:	# Seguro Social:
Dirección:	Fecha de Nacimiento:
Ciudad, Estado, Cdo. Postal:	
# de Teléfono:	Otro #:

INFORMACIÓN DEL HOGAR.LA INFORMACIÓN DEL HOGAR DEBE SER COMPLETA PARA TODOSLOS SOLICITANTES.

Numero de gente viviendo en su hogar: _____

Lista de todos los miembros del hogar:

Nombre:	FDN:
Nombre:	FDN:
Nombre:	FDN:
Nombre:	FDN:

CANTIDAD DE INGRESO DE LA FAMILIA: PORFAVOR ESPECIFIQUE SI ES SEMANAL,BI-SEMANAL,MENSUAL, O ANUAL.

Usted:	Su Esposo(a):	Sus Hijos:	Otros:

INGRESOS DEL HOGAR:

Nombre de Empleo:

OTROS TIPOS DE INGRESOS:

- Seguro Social
 Sustento de Menores
 Asistencia Pública
 Pensión de Retiro
 Ingresos de alquiler
 Ingreso de Intereses
 Otro(Especificar)

SALARIO BRUTO: * Debe proporcionar dos talones de cheques más recientes o W-2 o declaración de impuestos desde el año pasado. *****

Ingresos Semanales:	X 52	Total:
Ingresos Bi-Semanales:	X 26	Total:
Ingresos Mensuales:	X 12	Total:
Semi-Mensuales:	X 24	Total:
Ingresos Anuales:	X 1	Total:

Declaro que la información anterior es verdadera y que he dado a Sandhills Medical Foundation, Inc. permiso para investigar cualquier información dada en esta solicitud. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que si mi ingreso cambia estoy obligado a notificar a la recepcionista durante mi próxima visita a la clínica. También entiendo que debo recertificar cada doce meses.

Firma:	Fecha:	Para proposito Clinico únicamente / Iniciales de recepcionista:
--------	--------	---