

# LRMC | LITTLE RIVER MEDICAL CENTER

FECHA (Date) \_\_\_\_\_

DECLARACION DE INGRESOS POR ESCRITO / APLICACION DE DESCUENTO  
(WRITING EARNING INCOME DECLARATION / DISCOUNT APPLICATION)

|  |                            |   |         |
|--|----------------------------|---|---------|
| NOMBRE DEL PACIENTE (Patient Name)   |                            | FECHA DE NACIMIENTO<br>(DATE OF BIRTH)  | FEC NAC |
| NOMBRE DEL ADOLESCENTE (Teenager Name)   |                            | CELL DEL ADOLESCENTE (Teenager Cell)  |         |
| DIRECCION (Address)  |                            |   |         |
| CIUDAD (City)  | ESTADO (State)             | CODIGO POSTAL (Zip Code)  |         |
| TELEFONO CASA (Home Phone)   | TELEFONO CELL (Cell Phone) | TELEFONO TRABAJO (Work Phone)   |         |
| # TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU FAMILIA<br>(Total # of Persons Living in your family) _____                                      |                            | ¿ ALGUNA DE ESTAS PERSONAS TIENE SEGURO MEDICO?<br>(Did Any of these Persons Have Medical Insurance?)<br>SI ____ (Yes) Medicaid De Carolina Del Sur (SC Medicaid) ____<br>Medicaid De Carolina Del Norte (NC Medicaid) ____ Seguro Privado<br>(Private Insurance) ____ NO Seguro (Insurance) ____ |         |
| NOMBRES DE LAS PERSONAS CON SEGURO MEDICO<br>(Names of the Persons with Medical Insurance)<br>1) _____ 3) _____<br>2) _____ 4) _____ |                            | # DE POLIZA DEL SEGURO MEDICO<br>(Medical Insurance Policy #)<br>1) _____ 3) _____<br>2) _____ 4) _____   |         |
| # SEGURO SOCIAL (Social Security #)<br>1) _____ 3) _____<br>2) _____ 4) _____  |                            | ¿ES USTED CIUDADANO AMERICANO? (Are You U.S. Citizen?)<br><b>SI</b> ____ (yes) <b>NO</b> ____   |         |

| NOMBRE DE TODOS LOS QUE VIVEN EN EL FAMILIA<br>(Name of all Living in the family) | RELACION<br>(Relationship) | FECHA DE NACIMIENTO<br>(Date of Birth) | INGRESO GANADO<br>(POR HORA / SEMANAL / MENSUAL)<br>(Gross Income - Hour/Weekly/Monthly) |
|---|----------------------------|--|--|
|   |                            |  |  |
|   |                            |  |  |
|   |                            |  |  |
|   |                            |  |  |
|   |                            |  |  |
|   |                            |  |  |
|   |                            |  |  |
| <b>TOTAL INGRESOS</b><br>(Total Income)   |                            |  |  |

| FUENTES DE OTROS INGRESOS<br>(Source of Other Income)  | SI | NO | PRUEBA<br>(Proof) | CANTIDAD (SEM/BI-SEM/MEN/ANNUAL)<br>(Amount - Weekly/Bi-Weekly/Monthly/Year) | TOTAL |
|--|----|----|-------------------|--|-------|
| Asistencia Pública (Public Assistance)   |    |    |                   |  |       |
| Ayuda/Familias con Niños Dependientes<br>(Aid/Families with Dependent Children-AFDC)         |    |    |                   |  |       |
| Ingresos Suplementarios (SSI)<br>(Supplemental Security Income)                              |    |    |                   |  |       |
| Pago de Pensiones (Pension Payments)   |    |    |                   |  |       |
| Pago de cuenta de Rétiros (Retirement Payments)  |    |    |                   |  |       |
| Beneficios de Discapacidad (Disability Benefits)   |    |    |                   |  |       |
| Beneficios de Desempleo (Unemployment Benefits)  |    |    |                   |  |       |
| Ingresos de apoyo infantil/Pensión Alimenticia<br>(Child Support/Alimony Payments)           |    |    |                   |  |       |
| Ingresos de Renta (Income from Rental Property)  |    |    |                   |  |       |
| Ingresos por dividendos en acciones (Dividends<br>from Stocks)                               |    |    |                   |  |       |
| Incentivos Por Entrenamiento de Trabajo<br>(Incentives For Job Training)                     |    |    |                   |  |       |
| Regalías (Royalties)   |    |    |                   |  |       |
| Ingresos Por Custodia temporal de Niños a su<br>Cuidado<br>(Amount Received For Foster Care) |    |    |                   |  |       |
| Herencia (Inheritance)   |    |    |                   |  |       |
| Otros Ingresos (Other Income)  |    |    |                   |  |       |
| EHS# _____   |    |    |                   | <b>TOTAL DE OTROS INGRESOS</b><br>(Total of other Income)                    |       |
|  |    |    |                   | <b>TOTAL DE TODOS LOS INGRESOS</b><br>(Total of All Income)                  |       |

PARA el propósito del avance en el conocimiento médico, doy mi consentimiento para la presencia de estudiantes de medicina, traductores y observadores de acuerdo con los socios de este centro médico. Si \_\_\_ No \_\_\_ Yo autorizo a los fabricantes de productos farmacéuticos, sus representantes, y sus auditores, acceso a mis expedientes de farmacia como parte de mi participación en su programa de asistencia para el paciente, si participo en tal programa. Entiendo que ésta información puede incluir medicamentos y la información de salud protegida. ( \_\_\_\_\_ ) Iniciales.

Yo certifico que la información acerca de mis ingresos es correcta, y que no tengo ningún otro ingreso. Asumo responsabilidad de notificar a Little River Medical Center Inc. inmediatamente de cualquier cambio en mis ingresos, dirección, o número de teléfono, por carta o personalmente.

I hereby certify that the above information concerning my income is true and that I have no income other than the ones listed above. I promise to notify the Little River Medical Center Inc., at once if there is a change in my income by either mail, phone call or personally.

APROBADO (SF): \_\_\_\_\_ FECHA APROBADO DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_  
(Approved as SF) (Effective Dates Approved from) (To)

TESTIGOS (LRMC) \_\_\_\_\_ FIRMA DEL APLICANTE \_\_\_\_\_  
(Witness-LRMC) (Applicant's Signature)